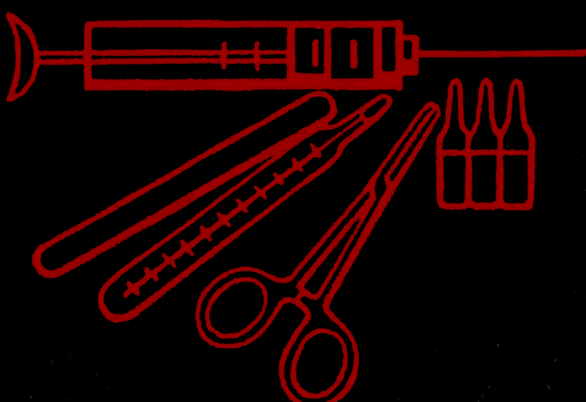
செவிலியர்கள் பாடநூல்



УЧЕБНИК ДЛЯ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Нервные и психические болезни.
кожные и венерические болезни,
болезни уха, горла и носа,
глазные болезни

Под редакцией
доктора медицинских наук
Г. В. Архангельского

Медицина Москва

செவிலியர்கள் பாடநூல்

தொகுப்பாசிரியர்

ஜி. வி. ஆர்க்கெங்கெல்ஸ்கி டி. எஸ்சி (மருத்துவம்)

நரம்பு மற்றும் உளஞ்சார்ந்த நோய்கள்,
சருமம் மற்றும் பால்விளை நோய்கள்,
காது, மூக்கு, தொண்டை நோய்கள்,
கண் நோய்கள்.

மீர் பதிப்பகம்
மாஸ்கோ

நியூசேஞ்சுரி புக் ஹவுஸ் பிரைவேட் லிமிடெட்
சென்னை

மொழிபெயர்ப்பாளர்: டாக்டர் அ. கதிரேசன்
M.D., T.D.D., F.C.C.P. (USA),
ஓய்வுபெற்ற மருத்துவக் கல்வி இணை இயக்குநர்

MANUAL FOR NURSERS

Edited by G. V. Arkhangelsky,
D. Sc (Med)

На тамильском языке

பொருளடக்கம்

2

சருமம் மற்றும் பால்விளை நோய்கள்

3

காது, மூக்கு, தொண்டை நோய்கள்

பேராசிரியர் டாக்டர் அ.கெ. லிகசேவ் டி. எஸ்சி (மருத்துவம்)

4

கண்களின் நோய்கன்

பேராசிரியர் டாக்டர் எம்.எம். சொலதரேவா டி.எஸ்சி (மருத்துவம்)

முன்னுரை

மருத்துவம் மற்றும் மருத்துவக் கருவிகள் பற்றிய நிறைவான அறிவை, மருத்துவ வல்லுநர்களுக்கு அளிப்பதே, மருத்துவப் பள்ளிகளின் தலையாய கடமையாகும். அது தவிர, உயர் தரமான மனப்பாங்கு பற்றியும் பயிற்சி அளிக்கப்படுகிறது. ஆசிரியர்களின் பொதுப்படையான தொலை நோக்கு மற்றும் குறிப்பிட்ட பொருள் பற்றிய சிறந்த அறிவு, பள்ளிக்கூடப் பாடங்களுக்கான முழுமையான முன்தயாரிப்பு, ஆசிரியர்களின் தனிப்பட்ட பண்புகள் ஆகியவற்றைப் பொறுத்து வெற்றி கிடைக்கிறது. ஒரு நோய் பற்றிய மருத்துவ விபரங்கள் மற்றும் சிகிச்சை, ஒரு நோயாளிக்குத் தேவையான பராமரிப்பு ஆகியவை பற்றி விவரிக்கும் போது, ஆசிரியர், ஒரு நோயாளியின் மனப்பாங்கையும், மனோவய சிகிச்சையின் முக்கியத்துவத்தைப் பற்றியும், விவரிக்க வேண்டும். அன்றாடப் பணிகளில் ஒரு செவிலியர் கடைப்பிடிக்க வேண்டிய நன்னெறி பற்றி விவாதித்து, தொழில் முறை நிபுணத்துவம் மற்றும் பொதுப்படையான கலாச்சாரத்தின் தரம், பேச்சுப் பழக்கங்கள் ஆகியவை பற்றி, ஆசிரியர் வலியுறுத்த வேண்டும். பாடப் புத்தகங்கள் மற்றும் பயிற்சிக் கருவிகளின் (டாக்டர்களின் உதவியாளர்களுக்காகத் தயாரிக்கப்பட்டவை) துணையுடன் வருங்காலச் செவிலியரை சுயேச்சையாக பணிபுரிய ஆசிரியர், பழக்க வேண்டும். செவிலிய மாணவர்களுக்கான சொற்பொழிவுகளில், சிகிச்சை முறைகள் மற்றும் பொது மக்களுக்கான சுகாதாரக் கல்வி ஆகியவற்றில் செவிலியர்களின் பங்கு பற்றி தெளிவாகக் குறிப்பிடப்பட வேண்டும். செயல் முறை பயிற்சிக்குப் பின்னர், மாணவர்களும், செவிலியர்களும் கலந்து கொள்ளும் ஒரு மாநாடு அமைத்து, ''செவிலியர்களின் நன்னெறி'' பற்றி விவாதிக்க வேண்டும். அன்றாடக் கடமைகளின் போது ஏற்படும் தவறுகள் பற்றியும், குறிப்பிட்ட துறையின் செயலமைப்பில் உள்ள குறைபாடுகள் பற்றியும் விவாதிக்க இந்த மாநாடு வழிவகுக்கிறது.

மருத்துவத் துறையின் பல்வேறு பிரிவுகளைப் பற்றி மட்டும் விவரிப்பதோடல்லாமல், ஒரு செவிலியரின் தொழில் முறை நடத்தைப் பற்றியும், மருத்துவ நன்னெறிகளுக்கு ஒரு வழி காட்டியாகவும் இப்புத்தகம் அமைய வேண்டுமென்ற பரந்த நோக்கத்துடன், இந்த நூலின் ஆசிரியர்கள் செயல்பட்டுள்ளனர்.

ஜி. வி. ஆர்க்கெங்கெல்ஸ்கி.
டி.எஸ்.சி. (மருத்துவம்)

முகவுரை

(செவிலியர்களின் நன்னெறி)

செவிலியரின் தொழில் கடினமான, ஆனால் மதிப்புக்குரிய ஒன்றாகும். மருத்துவ மனைகள் மற்றும் புற நோயாளிப் பகுதிகள், மருத்துவக் கேந்திரங்கள் ஆகியவற்றில் டாக்டர்களுடன் அன்றாடப் பணிகளில் முதலான உதவியாளராக இருப்பது மருத்துவச் செவிலியராகும். நோயாளிகளைப் பராமரிப்பது, பள்ளிக் குழந்தைகளுக்கு முதலுதவி அளிப்பது, மருத்துவக் கேந்திரங்களில் பொதுமக்களுக்கு முதலுதவி அளிப்பது, வார்டுகளில் நோயாளிகளைப் பராமரிப்பது, நோயாளிகளின் அப்போதய நிலைமை பற்றி டாக்டர்களுக்குத் தெரிவிப்பது ஆகியவை செவிலியரின் கடமையாகும். மருந்துகளை நோயாளிக்கு வழங்குவது, டாக்டர்களின் குறிப்புகள் அனைத்தும் சரிவர பின்பற்றப்படுவது, ஒரு குறிப்பிட்ட சிகிச்சை முறைக்கு (இயன் முறை மருத்துவம், சிரை வழி செலுத்தப்படும் மருந்து) நோயாளியின் பிரதிவினை பற்றி டாக்டருக்குத் தெரிவிப்பது ஆகியவையும் செவிலியரின் கடமையாகும். மாவட்டச் செவிலியரின் கடமைகளாவன: வீடுகளில் சிகிச்சை பெற்று வரும் நோயாளிகளைப் பார்வையிடல், டாக்டர்களின் குறிப்புகளின்படி செயலாற்றுவது, வரப் போகும் நோயாளிகளுக்கு ஏற்ப டாக்டரின் அறையை தயார் நிலையில் வைத்தல், அங்குள்ள மக்கள் தொகையினரில் ஒரு சிலரை பொதுச் சுகாதார ஊழியர்களாகத் தேர்ந்தெடுத்து அங்குள்ள மக்களுக்குச் சுகாதாரக் கல்வி அளித்தல், நோய் தடுப்புமுறைகளை நிறைவேற்றுதல் ஆகியவையாகும். ஒரு சிறந்த திறமையான மருத்துவ ஊழியராக ஆக வேண்டுமெனில் பல்வேறு நோய் நிலைகளைப் பற்றிய அடிப்படை அறிவு ஒரு செவிலியருக்கு இருக்க வேண்டும். டாக்டரால் பரிந்துரைக்கப்பட்ட ஒரு மருந்தைப் பற்றிய முழு விவரங்கள் தெரிந்திருக்க வேண்டும். மருத்துவத் துறையின் பல்வேறு பிரிவுகள் மற்றும் மருத்துவக் கருவிகள், சாதனங்கள், அடிக்கடி கையாளப்படும் மருந்துகளின் நல்ல விளைவுகள், அதன் பக்க விளைவுகள், மயக்க நிலையில் இருக்கும் நோயாளிகளைச் சிறந்த

முறைகளில் பராமரிப்பது போன்றவற்றில், ஒரு செவிலியருக்கு நல்ல அறிவு இருக்க வேண்டும்.

பயிற்சி பெற்ற ஒரு டாக்டர் இல்லாத போது அவசர அவசிய மருத்துவ உதவி அளிக்க, செவிலியர், பணிக்கப்படலாம். (காக்கா வலிப்பு, மயக்கநிலை, மனோவயப்பட்டு கிளர்த்தெழுந்த நோயாளியை சாந்தப்படுத்துதல், மூக்குவழியான இடைவிடாத குருதிப் பெருக்கை நிறுத்தல் போன்றவை) அவசர மருத்துவ உதவி பற்றிய செயல் முறை கொண்ட ஒரு செவிலியர், ஒரு மருத்துவமனைக்கோ, புற நோயாளிப் பகுதிக்கோ, உறுதுணையாக இருப்பர்.

ஒரு நோயாளியைப் பராமரிக்கும் போது கவனக் குறைவோ, மிகச் சிறிய தவறோ ஒரு செவிலியருக்கு மன்னிக்கப்பட முடியாத குற்றமாகும். மருத்துவ சாதனைகளைப் புரிவதில் முழுமையும் திறமையும் இருக்க வேண்டியது, செவிலியரின் பொறுப்புக்களின் சிறந்த பண்புகளாகும். செவிலியர்களுக்கென வெளிவரும் சஞ்சிகைகள், மருத்துவம் பற்றிய கதைகள் ஆகியவற்றை செவிலியர்கள் படித்து, அறிவைப் பெருக்கிக் கொள்வது அவசியமாகும். ஒவ்வொரு செவிலியரும் தன்னைப் பற்றி சுய விமர்சனம் செய்வதன் மூலம் நோயாளிகளைப் பராமரிப்பதிலும், அவர்களை உற்சாகமடையச் செய்வதிலும் நல்ல பலன் அடையலாம். வேறு நோயாளிகளின் உணர்ச்சிகள் மற்றும் ஆளுமையின் உளஞ் சார்ந்த தன்மை ஆகியவற்றில் ஒரு செவிலியர் கவனம் செலுத்த வேண்டும்.

செவிலியர், எப்போதும் அப்பழுக்கற்ற தூய்மையுடன் இருக்க வேண்டும். நன்கு தைக்கப்பட்ட மேலாடையுடனும், நேர்த்தியான குல்லாயுடனும் இருக்க வேண்டும். பகட்டான துணிகளுடனும், சிறு நகைகளுடனும், காணப்படும் செவிலியர்களுக்கு நோயாளிகளிடம் போதிய மரியாதை இருப்பதில்லை என்பதைக் கவனத்தில் கொள்ள .வேண்டும்.

நோயாளிகளைப் பரிசோதிக்கும் அறையை, செவிலியர் மிகவும் சுத்தமாக வைத்திருக்க வேண்டும். நோய் வரலாறுகள் மற்றும் மருந்து எழுதுவதற்கான சீட்டுகள், மருத்துவம் பற்றிய ஆவணங்கள் அனைத்தும் மேசை மீது ஒழுங்காக அடுக்கப்பட்டு இருக்க வேண்டும். நோயாளிக்கு வெறுப்பு, ஏற்படும் வகையில் அந்த அறையில் எதுவுமே (இரத்தம் தோய்த்த பஞ்சு) இருக்கக்கூடாது.

மருத்துவ நெறிகளில், விஞ்ஞான பூர்வமாக உறுதி செய்யப்பட்ட தத்துவங்கள், காணப்படுகின்றன. மருத்துவ மேதைகளின் நடத்தை பற்றி மட்டுமின்றி டாக்டர்களின் உதவியாளர்கள் மற்றும் செவிலியர்கள், செவிலியர் உதவியாளர்கள் ஆகியோரின் நடத்தைப் பற்றிய அறிவுரைகளும் மருத்துவ நெறிகளில் காணப்படுகின்றன. இந்தத் தத்துவங்களைச் சரியாக உணர்ந்திருந்தால், மருத்துவமனைகள் மற்றும் மருத்துவ நிறுவனங்கள், வீடுகள் ஆகியவற்றில்



படம் 1. யுத்தத்தின் போது பணிபுரியும் நர்சு (ஐ. ரெபின்)

நோயாளிகளுக்கு அளிக்கப்படும் சிகிச்சை தரமாக இருக்கும். யார் வேண்டுமானாலும் செவிலியராகவோ, மருத்துவ உதவியாளராக வோ ஆகிவிட முடியாது. மற்றவர்களுக்கு சேவை செய்யக்கூடிய வர்கள், இத்தகைய பணிகளுக்கு ஆர்வம் கொண்டவர்கள், நல்ல கலாசாரப் பின்னணி கொண்ட-வர்கள், நோயாளிகளுக்கும் அவதி யுற்றோருக்கும் உதவியளிக்க சிரமான சூழ்நிலைகளில் தங்களைத்தக அமைத் துக் கொள்பவர்கள், போன் றோர் மட்டுமே செவிலி யர்தொழிலைமேற் கொள் ளமுடியும்.

அகில உலக மருத்துவ வரலாற்றைக் குறிப்பிடும் பொன்னான புத்தகங்களில், மற்றவர்களின் உயிரைக் காப்பாற்ற தங்கள் உயிரை ஈந்த பல டாக்டர்கள் மற் றும் செவிலியர்களின் பெயர் கள் காணப்படுகின்றன.



படம் 2. காக்கும் கரங்கள் (வி. கிளிமாஷின்)

இரண்டாவது உலகப் போரில் சோவியத் நாட்டு டாக்டர்களும்,' செவிலியர்க

ளும் தங்களது கடமைகளை ஆற்றும் போது வீரதீரச் செயல்களைப் புரிந்து உள்ளனர். எந்த நேரத்தில் ஆகாய விமானக் குண்டுகள் விழுமோ என்ற அபாயமான சூழ்நிலைகளில் டாக்டர்கள் தங்களது உதவியாளர்களுடனும், நர்சுகளுடனும் பணி புரிந்துள் ளனர். யுத்தத்தில் காயமடைந்தவர்களுக்கு முதலுதவி அளித்து நோயாளிகளைப் பாதுகாப்பான இடத்திற்குக் கடத்திச் சென்ற னர்செவிலியர். தங்களது உயிரைப் பணயம் வைத்து போர்க் களத் திலிருந்து காயமடைந்த பல சோவியத் போர் வீரர்களை காப் பாற்றிய செவிலியர் பெட்ரோவா, மற்றும் நிசிபோசுர்கோவா, (புகழ் விருதுகள் மூன்று பெற்றவள்) பான்பிலோவா ஆகியோரின் பெயர்கள், சோவியத் மக்களின் நன்றி கலந்த மனதில் பொன் எழுத் துக்களால் பொறிக்கப்பட்டுள்ளன. மரணத்தின் வாயிலிருந்து, காய மடைந்த பலரை மீட்டிய அன்னாதரன் டிமாட்ரியன்கோவின் சாத னை, வருங்கால நர்சுகளுக்கு ஒரு முன்னோடியாக அமைந்தது.

ஆங்கிலேய செவிலியரான பிளாரன்ஸ் நைட்டிங்கேல் என்பவரின் பெயர் (1820-1910) உலகப் பிரசித்தி பெற்றது. செஞ்சிலுவைச் சங்கத்தினரால், அன்னாரது பெயரில் ஒரு அகில உலகப் பதக்கம் உண்டாக்கப்பட்டது. தியாகத்திற்கும், தாராள மனப்பான்மைக்கும் பெயர் பெற்ற பல செவிலியர்கள் இந்தப் பதக்கத்தைப் பெற்றுள் ளனர். இந்தப் பதக்கத்துடன், ஒரு நற்சான்றிதழும் அளிக்கப்படு கிறது. தாஷ்கென்டில் குழந்தைகளின் நாலாவது எண் மருந்தகத் தில் 40 ஆண்டுகள் இடைவிடாது சேவை செய்த நர்சு மத்யூபா இஷன்கோட்சீவாவுக்கு இந்தப் பதக்கம் அளிக்கப்பட்டது. பல குழந் தைகள் துரிதமாகச் சீரடைவதில், அவள் உறுதுணையாக இருந்தாள். அந்தச் செவிலியரின் அன்பு, பாசம் உதவி, ஆலோசனை ஆகியவற் றிற்காகத் தாய்மார்கள் செலுத்திய நன்றி அளவில் அடங்காது. அவசர அவசிய நிலைகளின் போது, மாட்ல்யூபா கிஷன்கோட்சியா வா, பல தடவைகள் தனது இரத்தத்தையே தானம் செய்துள்ளாள். இவ்விதம் இரத்த தானம் செய்ததற்காக, அன்னாருக்கு ''கௌரவ டாக்டர்'' என்ற விருது கிடைத்தது பொருத்தமே. நற்சான்றிதழில் பொறிக்கப்பட்ட வாசகங்களுக்குச் சிறப்பான கருத்துக்கள் உள்ளன. கடின உழைப்பாளியாகவும், எளிமையாகவும் வாழ்ந்த இந்தச் செவிலியரின் சாதனைகளை அனைத்துலகமே போற்றியது.

செவிலியர்கள் மற்றும் மருத்துவ உதவியாளர்களுக்கு இருக்க வேண்டிய பண்புகளாவன: அன்பு, தியாக உணர்வு, தன்னலமற்ற சேவை, முழுமையாகத் தங்களைப் பணிகளில் அர்ப்பணிப்பது. மருத்துவப் பணியாளர்களின் ஒருமித்த சேவையும் தங்களது கட மைகளை ஆற்றும் போது காட்டும் ஆர்வமும், அங்குள்ள மருத்து வமனை வார்டுகள், மற்றும் மருந்தகங்கள், சானடோரியங்கள் ஆகிய வற்றில் பிரதிபலிக்கின்றன.

செவிலியர் மனச் சாட்சியுடன் பணி புரிகின்றனர். ஏனெனில் நோயாளியுடன்தான் பொறுப்புடன் நடந்து கொள்ள வேண்டிய அவசியத்தை உணர்ந்துள்ளாள்.

இரக்கம், ஒழுக்கம், தன்னறிவு ஆகியவை ஒரு செவிலியரின் அடிப்படைக் குணங்களாக இருக்க வேண்டும். இதன் மூலம், வெளி வேடம், செருக்கு போன்ற தீய பண்புகளிலிருந்து செவிலியர் பாது காக்கப்படுகிறாள்.

டாக்டரால் பரிந்துரைக்கப்பட்ட சிகிச்சை முறைகள் அனைத் தையும் செம்மையாக ஒரு செவிலியர் நிறைவேற்றுவாள் என்பதே நோயாளிகளின் அவா. நோயாளியும் சரியானமுறையில் பராமரிக் கப்பட வேண்டும். டாக்டர்களின் ஆணைகளை ஒட்டு மொத்தமாக நிறைவேற்றாது, ஒரு செவிலியர் மெத்தனமாகவும் அசட்டையாக வும் இருக்கக்கூடாது. அவ்விதம் இருந்தால், அந்தச் செவிலியர் உடனடியாக தண்டிக்கப்பட வேண்டும். இரக்கம் மற்றும் சகிப்புத் தன்மை, பணிவு ஆகியவை தான், நோயாளி மீது செவிலியர் கொண் டுள்ள பாசத்திற்கு அடிப்படை வெளிப்பாடுகளாக அமைய வேண் டும்.

செவிலியர்கள் காட்டும் உண்மையான இரக்க மனப்பான்மையை, வெளி வேடத்திலிருந்து, எளிதில் நோயாளிகள் கண்டு கொள்வர். செவிலியர்கள் மற்றும் மருத்துவ உதவியாளர்கள் காட்டும் இரக்க மனப்பான்மையையும், பரிவையும் நோயாளிகள் பெரிதும் போற்று கின்றனர். நோயாளிகளின் இடையூறுகளுக்கும், தேவைகளுக்கும், செவிலியர்கள் காட்டும் பொறுப்புத் தன்மை மூலம் நோயாளிகள் துரிதமாகவே தன்னம்பிக்கையுடன் சீரடைகின்றன. துணையே இல் லாத நோயாளிகளுக்கு, செவிலியரின் இரக்க மனப்பான்மை ஒன்று தான் ஒரு வரப்பிரசாதமாக அமைகிறது. அவளது இனிய புன்முறுவ லும், உற்சாகமூட்டும் சொற்களும், நோயாளி விரைவில் குணம டைய உதவுகின்றன.

செவிலியரை ''சகோதரியே'' என்றுதான் அனைவரும் அழைக் கின்றனர். செவிலியர் தொழில் புரிவோருக்கு அளிக்கப்பட்ட ஒரு இனிய பெயர். தேர்ச்சி மிகுந்த போல்ஷ்விக்கான பேராசிரியர் செமாஷ்கோ பின்வருமாறு கூறினார்: ''சகோதரி, ஒரு மருத்துவப் பணியாளர் மட்டுமல்ல. சகோதரி எனும் செவிலியர் குடும்பத்தின் அருமையான ஒரு உறுப்பினராவாள்'' (என். ஏ. செமாஷ்கோ. செவிலியர். ''மெடிட்சின்ஸ்காயா ஸெஸ்ட்ரா'', 1942, 1—2—3. ருஷ்ய மொழியில் 'செவிலியர்' என்ற சொல்லுக்கே 'சகோதரி' என்று பொருள்)

டாக்டர்களின் உதவியாள்களும் செவிலியர்களும், நேரடியாகவே நோயாளிகளுக்குச் சிகிச்சை அளிக்காவிடினும், நோயாளியின் உள நோய் சிகிச்சையில் பிரதான பங்கு வகிக்கின்றனர். மருந்தகத்தில்

காலடி வைத்து டாக்டரின் அறைக்குள் நுழைந்த உடனேயே, செவிலியர்கள் மற்றும் டாக்டர்களின் உதவியாளர்கள் ஆகியோரின் உளநோய் சிகிச்சை விளைவை, நோயாளி உணருகிறான். அந்த நிறுவனத்தின் தூய்மையையும் அழகையும் நோயாளி காண்கிறான். அனைவரின் கவனமும் அவன் மீது திரும்புகிறது. அவனது உடல் நலத்தில் அனைவரும் அக்கறை காட்டுகின்றனர். இதைக் கண்ணுற்ற நோயாளிக்கு, டாக்டர்களின் திறமையிலும், அளிக்கப்படும் தரமான சிகிச்சையிலும், ஒரு தன்னம்பிக்கை உருவாகிறது.

ஒரு செவிலியர், நோயாளியுடன் அன்புடன் பேச வேண்டும். அவனுக்கு ஆறுதல் அளித்து குணமடைவது குறித்து உறுதியளிக்க வேண்டும். மிகச் சிறந்த சிகிச்சை கிடைக்கும் என நோயாளிக்குத் தன்னம்பிக்கையை உண்டாக்க வேண்டும். இவற்றில்தான் உளநோய் சிகிச்சை அமைகிறது. நாக்குத் தவறி கவனக் குறைவாக ஒரு நர்சு தவறாக ஏதாவது சொல்லி விட்டால், அது நோயாளிக்கு பெருத்த தீங்கு விளைவிப்பதுடன் அவனை ஒரு மன நோயாளியாகவும் மாற்றி விட முடியும். ஒரு செவிலியரால் பேசப்படும் வார்த்தைகளுக்கு ஒரு தெளிவான அர்த்தம் இருப்பதுடன் இரக்கமனப் பான்மையும் இருக்க வேண்டும். ஒரே வார்த்தை, பல்வேறு கோணங்களில் பேசப் படும்போது பல்வேறு கருத்துக்கள் தொனிக்கும். இதை, எந்த ஒரு நோயாளியும் எளிதில் புரிந்து கொள்வான். இனிய குரலும், பணி வன்பும், ஒரு நோயாளிக்கும் ஒரு செவிலியருக்குமிடையே இருக்க வேண்டிய உறவின் அடிப்படை அம்சங்களாகும். தெளிவாகப் பேசக் கற்றுக் கொள்ள வேண்டியது ஒவ்வொரு செவிலியருக்கும் அவசிய மாகும். தான் நினைத்ததை வெளிப்படையாகச் சொல்லும்போது தெளிவு, சரியான கருத்து, நம்பவைக்கும் தன்மை ஆகியவை இருக்க வேண்டும். தனது வாக்குச் சாதுரியத்தை பெருக்கிக் கொள்ள, ஒரு நர்சு, இலக்கிய புத்தகங்கள் மற்றும் புதிர் கதைகள், நவீனங்கள், சிறு கதைகள், கவிதைகள் ஆகியவற்றைப் படிக்க வேண்டும். பிரபல கதாசிரியர்களில் முக்கியமானவர்கள் லியோ டால்ஸ்டாய், அண் டான் செகாவ், ஐவான் புனின், கான்ஸ்டாண்டின் பாஸ்டோவ்ஸ்கி, முதலியோர். பிரதானமான கவிஞர்கள் வருமாறு: மிகைல் லெர் மெண்டோவ், பியோடர் ட்யுட்சேவ், அலெக்சாண்டர் பிளாக், சர்ஜி எசனின், விளாதிமீர் மாயாகோவ்ஸ்கி, அலெக்சாண்டர் ட்வார் டோவ்ஸ்கி, ஆகியோர். மேற்கண்டவர்களின் நவீனங்களையும், கவிதைகளையும் படிப்பது நர்சுகளுக்கு நல்லது.

நர்சு தனது பணியைத் துவங்கியவுடன் மற்ற நினைவுகளையெல் லாம் ஒதுக்கி விட்டு, நோயாளிக்குச் சிகிச்சை அளிப்பதிலும், அவ னைப் பராமரிப்பதிலும் முழுக் கவனம் செலுத்த வேண்டும். முந்திய இரவு தான் பார்த்து ரசித்த ஒரு திரைப்படத்தைப் பற்றியோ அல்லது தான் வாங்கிய புதிய ஒரு பொருளைப் பற்றியோ அல்லது

பொருத்தமில்லாத எதையும் பற்றியோ, நோயாளியின் முன்னிலையில் உரையாடுவது அனுமதிக்கப்பட முடியாது.

நடத்தையில் எளிமை என்பது ஒரு நர்சின் சிறப்புக் குணங்களில் ஒன்றாக இருக்க வேண்டும். வீண் சந்தடி செய்வது, திறமையின்மை ஆகியவை நோயாளிக்க ஏமாற்றமளிப்பதுடன் நிறுவனத்தின் பெயரையும், குறிப்பாக டாக்டருக்கு மிக நெருங்கிய உதவியாளர் என்ற நர்சின் பெயரையும் பாதிக்கிறது.

தங்களது அன்றாடப் பணிகளின் போது, நர்சுகள் வயது முதிர்ந்தவர்களைச் சந்திக்க நேரிடுகிறது. வயது முதிர்ந்தவர்கள் மிகுந்த உணர்ச்சி கொண்டவர்களாகவும் நர்சுகளின் ஒரு சிறிய கவனக் குறைவான தவறையும் சகிக்க முடியாதவர்களாகவும் இருக்கின்றனர். இத்தகைய நோயாளிகளுடன் சாதுர்யமாகவும், அசாதாரண கவனத்துடனும் பழக வேண்டும். வயது முதிர்ந்தவர்கள் தங்களது பலத்தையும், இளமையையும் நமது நாட்டின் நலனுக்காக அளித்துள்ளனர் என்பதையும், சோவியத்து மக்களின் கலாச்சாரத்திற்கும் செழிப்புக்கும் அடிகோலியுள்ளனர் என்பதையும் எப்போதும் நினைவில் கொள்ள வேண்டும். வயது முதிர்ந்தவர்களின் மீதான கவனக் குறைவு, சோவியத் பொது சுகாதார அறநெறிகளுக்கு எதிரானது என்பதை மறந்து விடக் கூடாது.

செவிலியர்கள் மற்றும் மருத்துவ ஊழியர்களின் அறநெறிகளில் மிகவும் பிரதானமானது மருத்துவ ரகசியங்களைப் பாதுகாப்பதே. ஒரு நோயாளியின் நோயின் தன்மையைப் பற்றி, அக்கம்பக்கத்தில் உள்ளோருக்கோ, சக ஊழியர்களுக்கோ, தெரிவிக்க யாருக்குமே உரிமை கிடையாது. நோயாளியின் நலத்தில் அக்கறை கொண்டவர்களும் சிகிச்சையின் முன்னேற்றத்தை அறிய விரும்புவோர்களும் அந்தக் கேசுக்குப் பொறுப்பான டாக்டரை அணுகுவது நல்லது.

தங்களது பணிகளின் போது நிகழும் தவறுகளை, புறவயக் காரணங்களைக் கூறி சில செவிலியர்கள் தட்டிக் கழிக்கின்றனர். ஒரு செவிலியர், தனது சகாக்களுடன் நியாயமாக நடந்து கொள்ள வேண்டும். தன்னையே சுய விமர்சனம் செய்து கொள்ள வேண்டும். உறுதியான கட்டுப்பாடு மற்றும் அடக்கம், திறமை ஆகியவை கொண்ட ஒரு செவிலியர், எந்த மருத்துவ நிறுவனத்திற்கும் ஒரு விலை மதிப்பற்ற செல்வமாகும்.

சோவியத் நெறி முறைகளின்படி, தனது சகாக்கள் செய்த தவறுகளை மூடி மறைக்கக் கூடாது. அத்தகைய தவறுகளை வெளிப்படுத்தி, விவாதித்து அவை மீண்டும் நிகழாதவாறு பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். ஊழியர்கள் அனைவரின் திறமையான பணிகளுக்கு, தோழமை உணர்ச்சியுடன் கூடிய சரியான விமர்சனம், உறுதியளிக்கிறது. சுய விருப்பு வெறுப்புக்களின் அடிப்படையில் உருவாகும்

2*

விமர்சனத்திற்கு ஊக்கமளிக்கவும் கூடாது. அடியோடு தவிர்க்கப்படவும் வேண்டும்.

செவிலியரின் மாநாடுகள், அவர்களின் பொது அறிவையும் தொழில் துறை திறனையும் ஊக்குவிக்கிறது. இத்தகைய மாநாடுகளில் பொது அறிவை வளர்ப்பதற்கான வழி முறைகள் வகுக்கப்படுகின்றன. அத்துடன் பொதுப்படையான கலாச்சாரத்தை உயர்த்தும் பிரச்சினைகளும் விவாதிக்கப்படுகின்றன. நோயாளிகளுக்கும், அவர்களைப் பராமரிக்கும் மருத்துவ ஊழியர்களுக்கும் இடையேயான உறவு சிறப்பாக நிலைபெற, கலாச்சாரத்தரம் ஒரு சிறந்த அம்சமாகும்.

செவிலியர்களின் மாநாட்டைக் கூட்டுவதன் பொறுப்பு செவிலியர்கழகத்தைச் சார்ந்ததாகும். நிகழ்ச்சி நிரலில், நோயாளிகளைப் பராமரிக்கும் மருத்துவ ஊழியர்களின் நெறி முறைகள் பற்றியும், பராமரிப்பில் உள் சிகிச்சையின் பங்கு பற்றியதும், இடம் பெற வேண்டும். தங்களது நீண்ட காலப் பணியின் விளைவாகக் கிடைத்த முதிர்ந்த அனுபவத்தை மற்ற செவிலியர்களுடன் பங்கிட்டுக் கொள்ள, இம்மாநாடுகள் வழி வகுக்கின்றன.

மருத்துவத்துறைக்குப் பொறுப்பான டாக்டரின் பிரதான உதவியாளரான செவிலியர்தான், இளம் நர்சுகளுக்குப் பாடம் கற்றுத் தர வேண்டும். நோயாளிகளுக்குச் சிறந்த பராமரிப்பு அளிக்க வேண்டியது, சத்தான உணவு குறித்த நேரத்தில் நோயாளிகளுக்குப் பரிமாறப்பட வேண்டியது, மருந்தகத்திலிருந்து வார்டுகளின் நோயாளிகளுக்குப் பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்துகள் சரிவர வினியோகிக்கப்படுவது, ஊழியர்களிடையே நல்ல உறவுகள் நிலவுவது, ஆகிய அனைத்துக் செவிலியரின் கடமையாகும். முதுநிலை நர்சும் அவர் கீழே பணிபுரியும் மற்றவர்களும் அந்தத் துறையின் சுத்தமான சூழ்நிலைக்குப் பொறுப்பாவார்கள். அது மட்டுமின்றி, அங்கு பணிபுரியும் ஊழியர்களிடையே நிலவும் சுமூகமான உறவுக்கும் அவர்களே பொறுப்பு. முதுநிலை நர்சு, அங்குள்ள பிரச்சினைகளைச் சுமூகமாகத் தீர்த்துச் சமாளித்தால், நோயாளிகள் மிகவும் திருப்தியுடன் சிகிச்சை பெறுவர், புகார்களும் இராது.

செவிலியர்கள், நோயாளிகளின் உதவியாளர்களுடன், பொறுமையாகவும் கடமை உணர்ச்சியுடனும் பழக வேண்டும். நோயாளிகள் தங்களது நோய்நிலை காரணமாக மன உளைச்சலுடனும், முரட்டுத் தனமாகவும் இருக்கலாம். இதை உணர்ந்து செவிலியர் பொறுப்புடனும் சகிப்புத் தன்மையுடனும் இருக்க வேண்டும்.

மருத்துவ உதவியாளர், செவிலியர்களின் எல்லாக் கடமைகளிலும் பங்கேற்க வேண்டும். நோயாளிகளைப் பராமரிப்பதில் ஏற்படும் சிரமங்களையும், பகிர்ந்து கொள்ள வேண்டும். செவிலியர்கள், மற்றவர்களுடன் உரையாடி, அந்தத் துறையின் சுற்றுப் புற சூழ்

நிலையைப் பேணிப்பாதுகாக்க, அனைவரின் ஒத்துழைப்பையும் பெற வேண்டும்.

ஆன்மீக மற்றும் உடல் சார்ந்த பலம் அனைத்தும், செவிலியரின் பணிகளுக்குத் தேவைப்படுகிறது. நோயாளிகளுக்கான தனது கடமைகள், மற்ற அனைவருக்குமான சேவை, தியாகத்திற்கான தயார் நிலை ஆகிய அனைத்தும் செவிலியர்களுக்கு இருக்க வேண்டும்.

1

நரம்பு மற்றும் உளஞ் சார்ந்த நோய்கள்

I. பொதுப்படையான நரம்பு நோய்க் குறியியல்

நரம்பு மண்டலத்தின் நோய்களைப் பற்றி விவரிக்கும் இயலை, நரம்பு நோய்க் குறியியல், உளஞ்சார்ந்த நோய்க் குறியியல் என இரண்டு பிரிவாகப் பிரிக்கலாம்.

நரம்பு மண்டல நோய்களின் வெளிப்பாடுகளாவன: இயக்கம் மற்றும் உணர்வு சார்ந்த கோளாறுகள், புலன் உறுப்புக்களின் கோளாறுகள், நரம்பு மையங்கள் மற்றும் கடத்தல் பாதைகள் ஆகியவற்றின் சேதாரங்களால் பாதிக்கப்படும் உள் உறுப்புக்களின் பணிகள்: இவையே நரம்பு நோய்களாகும். இவை நரம்பு நோய்க் குறியியலைச் சார்ந்துள்ளன.

உயர் மட்ட நரம்பு நடவடிக்கைகளின் கோளாறுகளின்போது சுற்றுப்புற சூழ்நிலையை உணராமலிருப்பது, மற்றும் தவறான நடவடிக்கை ஆகியவை தோன்றுகின்றன. இவற்றையே உளஞ்சார்ந்த வியாதிகள் என்று வரையறுக்கிறோம். எனினும் நரம்பு மண்டல நோய்களுக்கும், மனோவியாதிகளுக்குமிடையே குறிப்பிடத் தகுந்த வேறுபாடுகள் எதுவும் இல்லை. ஏனெனில் நரம்பு மண்டல வியாதிகளால் பாதிக்கப்பட்டவர்களிடையே மனோவியாதி தோன்றுவது ஆச்சரியமல்ல. அது போன்றே மனோவியாதியரிடையே நரம்பு மண்டல வியாதி தோன்றவும் கூடும்.

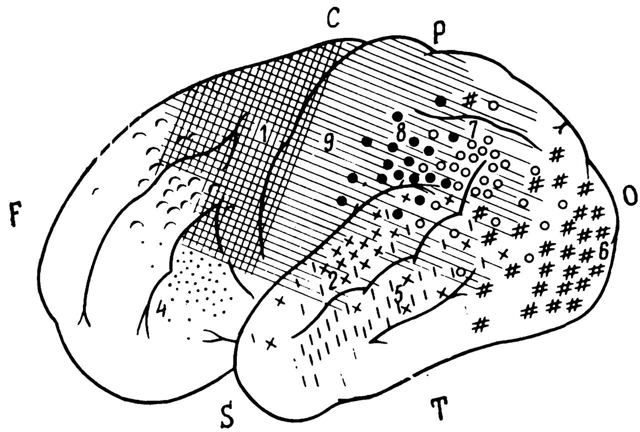
சோவியத் யூனியனில் உளஞ் சார்ந்த நரம்பு மண்டல சேவையில் புற மற்றும் உள் நோயாளிகள் பராமரிப்பும் அடங்கும். நகரங்கள் மற்றும் வட்டாரங்கள், கிராமப் புறங்கள் ஆகியவற்றில் பணி புரியும் நரம்பு நோய்க்குறியியலாளர்கள், நரம்பு வியாதிகளின் தன்மையையும், தீவிரத்தையும் நிர்ணயித்து வெளி நோயாளிகளாகச் சிகிச்சை செய்கின்றனர், அல்லது உள் நோயாளியாக அனுமதித்து ஆவன செய்கின்றனர். இது போன்றே உள நோய் இயலாளர்களும் பணியாற்றுகின்றனர். மகத்தான அக்டோபர் சோஷலிஸ்ட் புரட்சிக்குப் பின்னர், சோவியத் யூனியனில் உளஞ்சார்ந்த நரம்பு நோய்க்கான பல நிறுவனங்கள் தோன்றின. உளநோய் இயலாளர்கள் கொண்ட,

மனோநோய் புறப்படுத்தி மருந்தகங்களும், குழந்தைகளின் மருத்துவமனைகளில் நரம்பு நோய் சார்ந்த அலுவலகங்களும், திறக்கப்பட்டன. நரம்பு அல்லது மனோநோய் மருந்தகத்தின் (குழந்தைகள் மற்றும் வயது வந்தவர்கள்) தலைமைச் செவிலியர்கள்தான், அங்குள்ள டாக்டர்களுக்கான முதல் உதவியாளராகும். தலைமைச் செவிலியர்களின் கடமைகள் வருமாறு: செவிலியர்கள் மற்றும் மருத்துவ உதவியாளர்களின் பணிகளை மேற்பார்வையிடுவது, அவர்களின் பணிகளை வரையறுப்பது, அதிதீவிரமனோவியாதியாளர்களின் பராமரிப்பை உறுதி செய்வது, மிகவும் மோசமான நிலையில் உள்ள நரம்பு மற்றும் மிகவும் கிளர்த்தலடைந்து தங்களுக்கும் அருகிலுள்ள மற்றவர்களுக்கும் தீமை விளைவிக்கும் நிலையில் உள்ள நோயாளிகள் ஆகியோருக்குத் திறமையான சிகிச்சை, பராமரிப்பு, மேற்பார்வை அளிப்பதற்குப் பயிற்சி பெற்ற செவிலியர்களை நியமிப்பது, தலைமைச் செவிலியரின் கடமையாகும். நரம்பு மற்றும் மனோநோயாளிகளுக்கு அளிக்க வேண்டிய பராமரிப்பு மற்றும் சிகிச்சை பற்றிய அத்தியாயத்தில் மருத்துவத் துறையின் செவிலியர்களின் கடமைகள், மருத்துவ நெறிமுறைகள் பற்றிக் குறிப்பிடட்டுள்ளது.

நரம்பு மண்டலத்தின் உடற்கூறு இயல் மற்றும் உடல் இயங்கு இயல் பற்றிய சிறு குறிப்பு

ஒரு உயிரினத்தின் அமைப்பு மிகவும் சிக்கலாக இருக்கும்போது, அதன் சிக்கலான நடவடிக்கைகளை ஒருங்கிணைந்து செயல்படுவதும் முழுமையாகவே இருக்கிறது. உயிரினத்தின் பணிகளைக் கட்டுப்படுத்தும் ஹார்மோன்களை இரத்த ஓட்டம் வழி செலுத்துவது நாளமில்லாத நாள மண்டலமாகும். அது போன்றே உயிரினத்தின் இன்றியமையாத பணிகளை ஒருங்கிணைக்கும் பொறுப்பு நரம்பு மண்டலத்தைச் சார்ந்ததாகும். பணிபுரியும் உறுப்புக்களில் இருந்து வெளிப்படும் எல்லா உந்தல்களையும் பகுத்து, அவற்றின் ஒருங்கிணைந்த நடவடிக்கையை, நரம்பு மண்டலம், உறுதி செய்கிறது.

புறச் சூழ்நிலையிலிருந்தும் உடலின் திசுக்களில் இருந்தும் வருகின்ற தூண்டல்கள், பகுப்பிகள் மூலம் உணரப்படுகின்றன. பகுப்பிகளில் கீழ் வருவன காணப்படுகின்றன: நரம்பு நுனிகள் (கிரகிப்பிகள்) கடத்தும் பகுதி, பெரு மூளைப்புறணியில் அமைந்துள்ள பகுப்பியின் புறணி நூக்ளியஸ் (உட்கரு). கிரகிப்பி தூண்டப்பட்டால், உயிர் மின் உந்தல்கள் தோன்றி, கடத்திகள் வழியாகப் பரவுகின்றன.



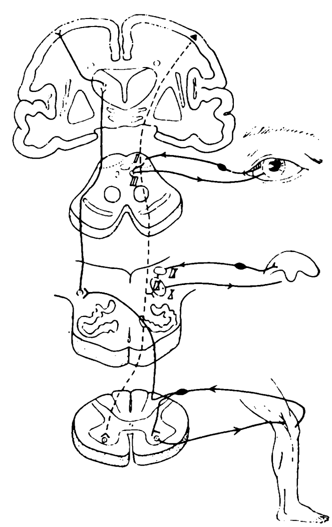
படம் 3. புறணியின் பகுப்பிகள்
மத்திய பள்ளத்திற்கு முன்புறம்: 1. பிரதான பகுப்பி; 2. பேசும் பேச்சின் பகுப்பி; 4. இயக்கப் பேச்சுப்பகுப்பி; 5. ஒலிப் பகுப்பி; 6. ஒளிப் பகுப்பி; 7. எழுதிய பேச்சின் பகுப்பி (வாசிப்பதற்கான கேந்திரம்); 8. பணி புரிவது; 9. சருமப் பகுப்பி: F) முன்மடல்; P) பக்கமடல்; O) பின்மடல்; T) பொட்டுமடல்; S) சிவ்வியப் பள்ளம்; C) மத்திய பள்ளம்
குறிப்பு: நுகர்வு பகுப்பியின் புறணிப் பகுதி உட்பரப்பில் அமைந்துள்ளது

பகுப்பிகளின் புறணிப் பகுதிகளை அடையும் 'மின்' உந்தல்கள்-சமிக்ஞைகள் புதிர் விடுவிக்கப்பட்டு உரிய உணர்வாக மாற்றப்படுகிறது. (ஒளி, ஒலி, நுகர்வு, ருசி, வலி, வெப்பம், தொடல், அசைவு) (படம் 3) பெரு மூளைப் புறணியில் காணப்படும் இயக்கப்பகுப்பிகளில் இருந்து தண்டுவடத்திற்கும், கபால இயக்க நரம்புகளுக்கும், செல்லும் உந்தல்கள் தன்னிச்சை அசைவுகளுக்கும் பணிகளுக்கும் பொறுப்பாகும். நமது வாழ்நாள் முழுவதும் நாம் இதிலேயே பழகியுள்ளோம். இதையே ''கட்டுப்பட்ட அனிச்சை'' என ஐவான் பாவ்லாவ் குறிப்பிட்டார்.

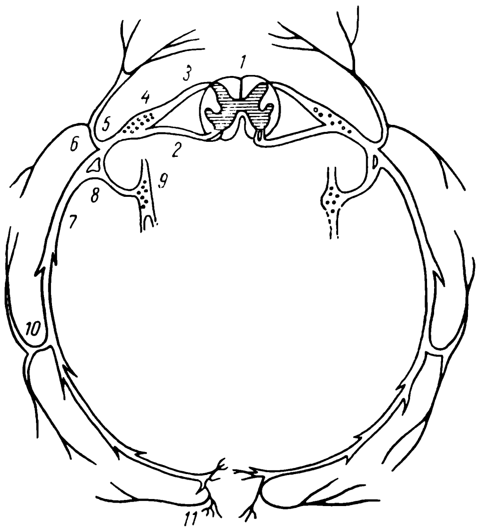
பெருமூளைப் புறணிக்கு அப்பால் அமைந்துள்ள புறணி அடிநூக்ளியசுகள் மற்றும் மூளைத் தண்டின் நூக்ளியசுகள், தண்டுவட நூக்ளியசுகள், ஆகிய மத்திய நரம்பு மண்டலப் பகுதிகளில் தான், சிக்கலான கட்டுப்படாத அனிச்சைகளும் (ஓடுதல், இருமுதல், வாந்தி எடுத்தல்), கட்டுப்படாத எளிய அனிச்சைகளும் (முழங்கால் திடீர் அசைவு, மேற்தொண்டை அனிச்சை, ஒளித் தூண்டலுக்கான கண் பாவையின் பிரதிவினை) முடிவு பெறுகின்றன.

கட்டுப்படாத அனிச்சையின் வட்டங்கள் முடிவு பெறும் மூளைத் தண்டின் சாம்பல் நிறப் பகுதி, (முகுளம், பான்ஸ் வரோலி, பெரு மூளைக் காம்புகள்) (படம் 5, 6) மற்றும் தண்டுவடம் ஆகியவை தான், தண்டுவடம் மற்றும் மூளைத் தண்டு ஆகியவற்றின் துண்டு அனிச்சைப் பகுதி என அழைக்கப்படுகின்றன. மூளைத் தண்டிலிருந்து பன்னிரண்டு ஜோடி கபால நரம்புகள் வெளிப்படுகின்றன. (படம் 7) முதலாவது: முன்மடலின் அடித்தளத்தில் உள்ள நுகர் நரம்பு. 2வது: செல்லாடர்சிசாவின் முன்பாக குறுக்கு மறுக்காகச் செல்லும் பார்வை நரம்பிழைகள். 3வது: கண் தசை இயக்க நரம்பு பெருமூளைக் காம்புகளினிடையே தோன்றுகின்றது. 4வது: உருளை நரம்பு (கப்பி நரம்பு) பெருமூளைக்காம்புகளில் இருந்து தோன்றுகின்றது. 5வது: பான்சின் மத்திய பகுதியில் இருந்து வெளிப்படும் முப்பிரிவு நரம்பு. 6 வது: நடுவிலக்கும் அப்ட்யூசன்ட் நரம்பு, இது பான்சு மற்றும் முகுளத்தின் கீழ்பகுதிகளினிடையே வெளிவருகிறது. 7வது: முக நரம்பு. 8வது: சிறு மூளைபான்சுகோணம் எனப்படும் பான்சு, மற்றும் முகுளம், சிறு மூளை ஆகியவற்றினிடையே தோன்றும் செவிப் புலன் நரம்பு (இதில் இரண்டு பகுதிகள் உள்ளன. ஒன்று கேட்கப்பதற் கென அமைந்தது. மற்றொன்று சம நிலைபேண அமைந்தது.மொ-ர்)9வது: நாக்கு மேற்தொண்டை நரம்பு. 10 வது: வேகஸ்நரம்பு. 11 வது: உபரி நரம்பு. இது மேற்புற கழுத்து முள் ளெலும்புமற்றும் முகுளத்தின் கீழ்ப்ப குதியில் நரம்பிழைகளாகத் தோன்று கின்றது.12 வது:நாக்கு நரம்பு.முகுளத் தின் குமிழ் பகுதியில் இருந்து 9, 10, 12 கபால நரம்புகள் தோன்றுவதால், இதைக் குமிழ் நரம்புகள் என்கிறோம்.

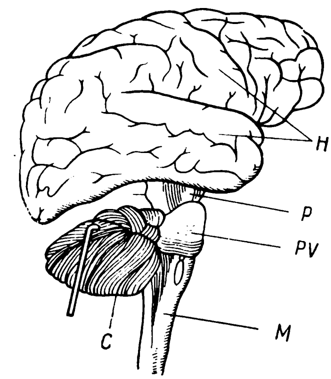
பெரு மூளைப் புறணியின் பகுப் பிகள், உறுப்புக்கள் மற்றும் திசுக்கள், புறச் சூழ்நிலை ஆகியவற்றுடன் இணைந்துள்ளன. சங்கிலித் தொடர் போன்ற புற மற்றும் நியூரான்களால் இணைக்கப்பட்டுள்ளது. நியூரான் என் பது நரம்பு மண்டலத்தின் ஒரு அமைப்பு அலகாகும். ஆக்ஸான்கள் மற்றும் டெண்ட்ரைட் எனப்படும் கிளைகள் கொண்ட ஒரு நரம்பு செல்தான்,



படம் 4. புறப்பகுதியுடன் தொடர்புகள். முழங்கால் அசைவு, மேற்தொண்டை, பாவை அனிச்சைகள் மேலேறும் கீழிறங்கும் கடத்தல் பாதைகள



படம் 5. தண்டுவடத்தின் அமைப்பு 1. தண்டுவடம்; 2. முன்புற இயக்க நரம்பு; 3. பின்புற உணர்வு நரம்பு; 4. முள்ளெலும்பிடை நரம்புத் திறள்; 5. தண்டுவட நரம்பு; 6. பின்புற கிளை; 7. புற நரம்பின் முன்புறக் கிளை; 8. பரிவு நரம்புத் திறளுக்கான இணைப்புக் கிளை; 9. பரிவு நரம்புத் திறள்; 10—11. சருமக் கிளைகள்

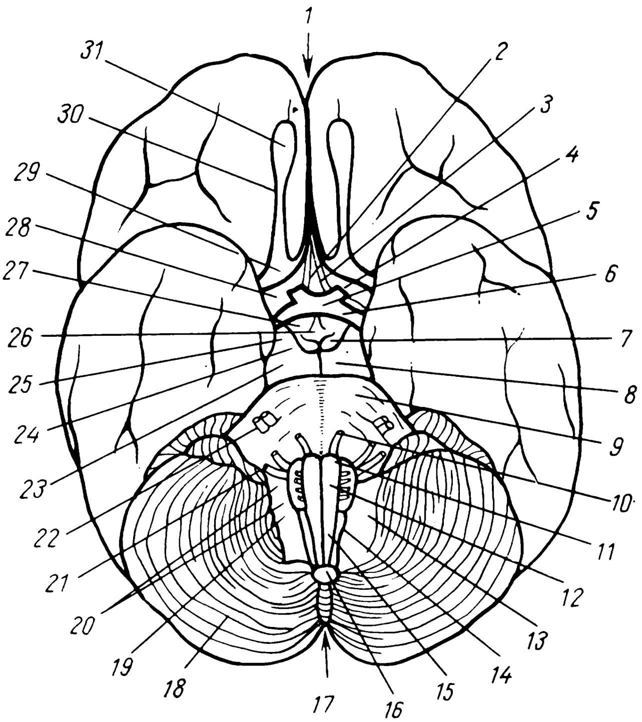


படம் 6. மூளையின் மாதிரி வரைவு படம் M—முகுளம்; PV—பான் சுவரோல்லி; C—பெரு மூளை; P—பெருமூளைக் காம்புகள்; H—பெருமூளை அரை வட்டம் (பான்சும், சிறு மூளையும் மெடன்கெபலானாக அமைகின்றன)

நியூரானாகும். ஆக்ஸான்கள் கடத்திகளாகப் பணிபுரிகின்றன. டென்ட்ரைடுகள், நியூரான்களை இணைக்கின்றன. (படம் 8)

மத்திய நியூரானின் நரம்பிழைகள், தண்டுவடம் மற்றும் மூளையின் கடத்தும் பாதைகளாக, மேலேறும் கீழிறங்கும் இழைகளாகக் காணப்படுகின்றன. புற நியூரான்கள், தண்டுவடத்தின் முன்புற மற்றும் பின்புற கிளைகளாக அல்லது கபால நரம்புகளின் நூக்ளியசுகளின் வேர்களாக அமைகின்றன.

புற கிரகிப்பிக்கும், பெரு மூளைப் புறணிக்கும் இடையே தங்கு தடையற்ற இணைப்பு இருந்தால் ஒழிய, தெரிவது அல்லது உணர்வது என்பது சாத்தியமாகாது என்பதை நினைவில் கொள்ள வேண்டும். நரம்பு மையத்திற்கும் தசைக்குமிடையே தடையேதும் இன்றி இணைப்பு இருந்தால் தவிர, அசைவுகள் சாத்தியமில்லை. மேற்

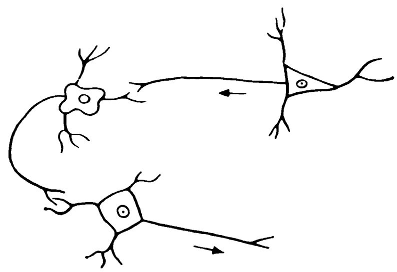


படம் 7. மூளையின் அடித்தள நரம்புகள் 1. பெருமூளை அரைக் கோளங்களிடையே உள்ள நிறைகோடுப்பிளவு; 2—3. இறுதித் தட்டு; 4, 5, 6. இரண்டாவது கபால நரம்பான பார்வை நரம்பும் அதன் குறுக்கீடும்; 7. காம்பு அங்கங்கள்; 8. காம்பிடை வளி; 9. பான்சு; 10. அப்ட்யூசன் எனப்படும் 6வது கபால அமைப்பு (கண் கோளத்தை ஈடுவிலகச் செய்வது); 11, 12. கோபுரப் பாதைகளின் விரிவுப் பகுதி; 13. 12வது கபால நரம்பு-நாக்கு நரம்பு; 14,15. முகுளத்தின் பிளவுகள்; 16. முகுளம்; 17. சிறுமூளை அரைக் கோள இடைப் பிளவு; 18. சிறுமூளை; 19. உபரி நரம்பான 11வது கபால நரம்பு; 20. 9வது 10வது கபால நரம்பு; 21. 7வது 8வது கபால நரம்பு முக மற்றும் செவிப் புலன் நரம்பு; 22. முப்பிரிவு கொண்ட 5வது கபால நரம்பு; 23. உருளை போன்ற 4வது கபால நரம்பு; 24. 3வது பார்வை இயக்க கபால நரம்பு; 25. பெருமூளைக் காம்பு கள்; 26, 27. பெருமூளை ஹைப்போபிசின் துவக்கப்பகுதி; 28. முன்புற துளையுள்ள வளி; 29. 30, 31. முதலாவது கபால நுகர்நரம்பு

கூறியவற்றின் ஏதாவது ஒன்றுக்கு சேதம் ஏற்பட்டால், இச்சையான இயக்கம் பாதிக்கப்படுகிறது. எங்கு, எந்த அளவிற்கு சேதம் ஏற்

பட்டுள்ளது என்பதை நிர்ணயிப்பது தான் நோய் நிர்ணயித்தின் குறிக்கோளாகும்.

மூளைத் தண்டு மற்றும் பெருமூளை அரைக் கோளங்கள், தண்டுவடம்ஆகியவற்றுடன் தொடர்பு கொண்ட சிறு மூளைதான், இச் சைஅசைவுகளின் தரம் மற்றும் தன்மை, ஒருங்கிணைப்பு ஆகியவற்றை நிர்ணயம் செய்கிறது. சிறு மூளையில் இருந்து மட்டுமல்லாமல் கோபுரப் பாதை வழியாகப் புறணியில் இருந்தும் உந்தல்கள், முன்புறக் கொம்பின் செல்களை அடைகின்றன. அதே போன்று உணர்வுத் தூண்டல்கள், வெளிப்புறத்தில் இருந்து தண்டுவட மேலேறு கடத்தும் பாதைகள் வழியாகச் சிறு மூளைக்கு அனுப்பப்படுகின்றன.

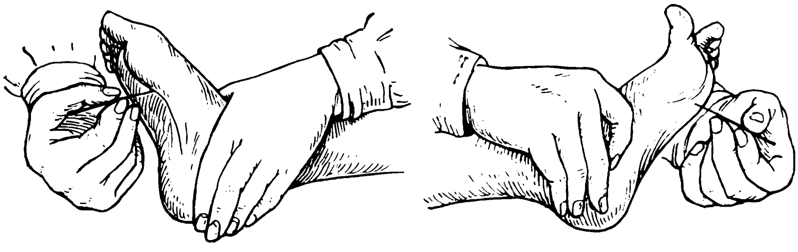


படம் 8. நியூரான்களின் தொடர் சங்கிலி

நரம்பு நடவடிக்கையின் நோய் குறி- உடல் இயங்கியல். பேசுவதில் கோளாறுகள்

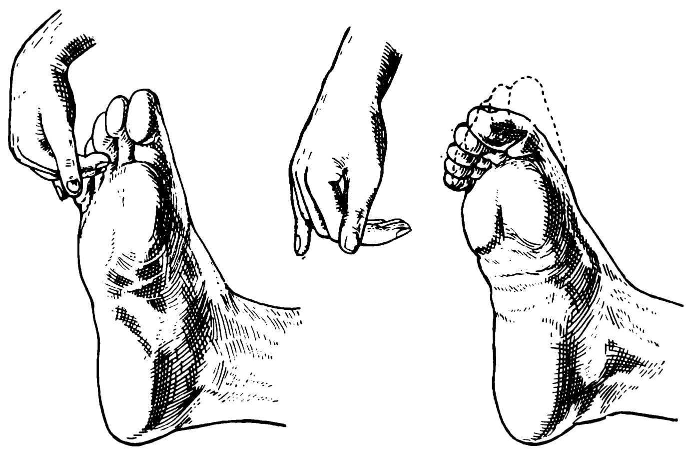
நரம்பு மண்டலத்தின் மிக முக்கியப் பணியாதெனில், அசைவுகளை, இயக்கங்களை உண்டாக்குவதாகும். நரம்பு மண்டலத்தின் இயக்கப் பகுதிகள் பாதிக்கப்பட்டால், முழுமையான செயலிழப்பு (அசைவுகள் இன்மை) அல்லது ஓரளவான செயலிழப்பு (அசைவுகளுக்குக் குந்தகம்) ஏற்படுகிறது. இயக்கப் பணிகள் பாதிப்பின் மருத்துவ அறிகுறிகள், சேதம் ஏற்பட்ட இடத்தை நிர்ணயிக்கிறது. பெருமூளை அரைக் கோளத்தின் நைவுகளால் ஒருபக்கவாதம் (ஒரு பக்க கை மற்றும்காலின் பாதிக்கப்பட்ட அசைவுகள்) உண்டாகிறது. தண்டுவடத்தின் மார்பு மற்றும் கீழ் முதுகின் பகுதிகளின் நைவுகளால், கீழ் பகுதிகளின் (கால்களின்) செயலிழப்பு ஏற்படுகிறது. புறநரம்பு மற்றும் கழுத்துத் தண்டு வட நைவுகளால், இரண்டு கால்களும், கைகளும் செயலிழந்து விடுகின்றன. கபால நரம்புகளின் இழைகள் அல்லது நூக்ளியசுகளின் பாதிப்பால் முகம் மரத்துப் போகிறது அல்லது முகத்தின் அசைவுகள் பாதிக்கப்படுகின்றன.

அசைவுகளுக்குப் பொறுப்பான புறணி அடிப்பகுதியின் பாதிப்பால் (கார்பஸ் ஸ்டிரையேடம், குளோபஸ் பல்லிடஸ்) தானாக நிகழும் அசைவுகள், நிர்பந்தமான அசைவுகள் தோன்றுகின்றன. இத்தகைய அசைவுகள், ஒரே சீராக இல்லாமலும், மந்தமாகவும் இருக்கின்றன. இத்தகைய பாதிக்கப்பட்ட அசைவுகள், கைகால்



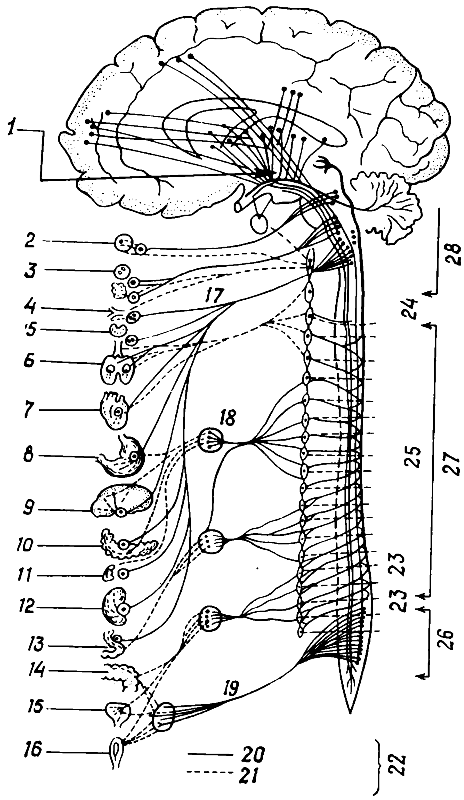
A B

படம் 9. A. உள்ளங்கால் அனிச்சை; B. பெபின்ஸ்கி அனிச்சை



படம் 10. ரோசலிமோவின் அனிச்சை

களின் அசைவுகளை மட்டுமின்றி, முகம் மற்றும் நாக்கின் தசைகளையும், பாதிக்கின்றன. பெரு மூளைப் புறணியின் மையங்களின் நைவுகளைப் பொறுத்து பல்வேறு பேச்சக் கோளாறுகள் தோன்றுகின்றன. புற நரம்புகள் மற்றும் தண்டுவடத்தின் முன்புறக் கொம்பு ஆகியவற்றில் நைவுகள் தோன்றினால், செயலிழந்த தசைகளின் சூம்பல், அனிச்சைகள் மறைதல், தசைகளின் விறைப்புக் குறைவு, தசைகள் சூம்பிய செயலிழப்பு, ஆகியவை தோன்றுகின்றன. பெரு மூளைத் தண்டுவடப் (கோபுரப்பாதை) பாதையின் மத்திய இயக்க நியூரானில் நைவு ஏற்பட்டால் தோன்றும், செயலிழப்பில் செயலிழந்த தசைகளின் விறைப்பு அதிகமாக இருக்கிறது. இதை விறைத்த செயலிழப்பு என்கிறோம். முன்னதை தளர்ந்த செயலிழப்பு என்கிறோம். விறைத்த செயலிழப்பின் சிறப்புக் குணங்களாவன: தசை



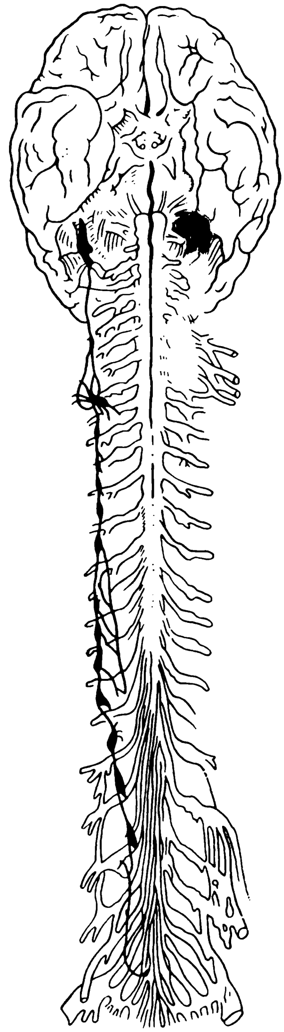
படம் 11. பரிவு மற்றும் துணைப் பரிவு நரம்பு மண்டல அமைப்பின் வரைபடம்

1. ஹைப்போதலாமசின் அடிப்பகுதி; 2. கண்; 3. உமிழ் நீர் சுரப்பி; 4. கபாலத்திற்கான நாளங்கள்; 5. தைராய்டு சுரப்பி; 6. நுரையீரல்கள்; 7. இருதயம்; 8. இரைப்பை; 9. கல்லீரல்; 10. கணையம்; 11. அட்ரினல் சுரப்பி; 12. சிறுநீரகங்கள்; 13. சிறுகுடல்; 14. பெருங்குடல்; 15. சிறுநீர்பை; 16. பாலுறுப்புக்கள்; 17. வேகஸ் நரம்பு; 18. சோலார் பிணயம்; 19. இடுப்பு நரம்பு; 20. நரம்புத் திரளுக்கு முன்பான; 21. நரம்புத் திரளுக்குப் பின்பான; 22. இழைகள்; 23. ரோம இயக்க, 24. வியர்வைச் சுரப்பிகள்; 25. சரும இரத்த நாளங்கள்; 26. துணை பரிவு நரம்பு மண்டலப் பகுதி; 27. பரிவு மண்டலப் பகுதி; 28. துணைப் பரிவு நரம்பு மண்டலப் பகுதி

நாண் அனிச்சைகளின் மிகத் துரித இயக்கம், ''கோபுர அறிகுறிகள்'' எனப்படும், நோய்க்குறி அனிச்சைகள் தோன்றுகின்றன பெபின்ஸ்கி மற்றும் ரோசலிமோவின் அனிச்சைகள்) (படம் 9, 10).

உணர்வு கடத்திப் பாதைகளின் வழியாகக் கிரகிப்பிகள் மிகையாகத் தூண்டப் பெற்றால் அருவருப்புத்தக்க உணர்ச்சி தோன்றிவலியாக மாறுகிறது. தண்டுவடத்தின் பின்புற நரம்புகளில் நோய்க்குறி சார்ந்த நைவு (குவியம்) தோன்றினால் ஆழ்ந்த வலி தோன்றுகிறது. புறப் பகுதியிலிருந்து தண்டுவடத்திற்குச் செல்லும் எல்லா உணர்வு நரம்புகளும் குறுக்கும் மறுக்குமாகக் காணப்படும். தலாமஸில் நோய் நைவு தோன்றினால் தலாமஸ் வலி தோன்றுகிறது. (தலாமஸ் என்பது மத்திய நரம்பு மண்டலத்தின் ஒரு பகுதியாகும். இதன் நைவுகளால் ஏற்படும் வலியை தலாமஸ் வலி என்கிறோம். மொ-ர்) தலாமஸின் பகுதிகள் அழிக்கப்பட்டால் வலி மற்றும் தட்பவெப்பத் தூண்டலுக்கான பிரதிவினை இல்லாமலே போகும். ஒருநோயாளி, ஊசியால் குத்தப்படுவதை உணர்வதில்லை. உடலின் எந்தப் பகுதியிலும் தட்ப வெப்பப் பொருட்களை வைத்தல், அதை நோயாளி உணருவதில்லை. ஏனெனில் உடலுக்கும் பகுப்பியின் புறணிப் பகுதிக்கும் இடையிலான இணைப்பு துண்டிக்கப்பட்டு விட்டது.

சிறு மூளை பாதிக்கப்பட்டால் சமநிலை உணர்வும் மற்றும் நடப்பது, நிற்பது, ஒருங்கிணைந்த அசைவுகள் ஆகியவை சீர் குலைகின்



படம் 12. மத்திய நரம்பு மண்டலத்தின் பொதுப்படையான முன் தோற்றம். வலது பரிவு நரம்புத் தண்டும் (இடது புறம்காணப்படுகிறது) இடது கழுத்துமற்றும் கீழ் முதுகு—திரிகப் பிணையங்களும் (வலது பக்கம் காணப்படுகிறது) காணப்படுகின்றன.

றன. ஆட்காட்டி விரலால் மூக்கைத் தொட முயற்சிக்கும் போது அல்லது ஒரு காலின் குதியங்காலால் மற்ற காலின் முழங்காலைத் தொட முயற்சிக்கும்போது நோயாளி தடுமாடுகிறான். மத்திய நரம்பு மண்டலத்துடன் உள்ளுறுப்புக்களின் இணைப்பு, மற்றும் உறுப்புக்கள், திசுக்கள் ஆகியவற்றின் வளர் சிதை மாற்றக் கட்டு பாடு ஆகியவை நரம்பு மண்டலத்தின் தானியங்கிப் பிரிவால் (பரிவு மற்றும் துணைப் பரிவு மண்டலம்) நடைபெறுகிறது. துணைப் பரிவு மண்டலத்தின் முக்கியமான பகுதி வேகஸ் நரம்பாகும். (படம் 11) பரிவு மண்டலத்தின் இரண்டு பக்கங்களிலும் அமைந்துள்ள பரிவு நரம்புத் திரளின் சங்கிலித் தொடரும் மிகவும் முக்கியமானதாகும். (படம் 12) உடல் சார்ந்த நரம்பு மண்டலத்தின் நீண்ட கிளைபோன்ற ஆக்ஸான் (தண்டுவட முன்புற கொம்பின் செல்கள்) எந்த தங்கு தடையுமின்றி தசையை அடைகின்றது. இது போன்று இல்லாமல், தண்டுவடத்தின் நடுவிலகிய கொம்புகளின் பரிவு நரம்பு இழைகள், பரிவு நரம்புத் தண்டு மற்றும் புறத்தே காணப்படும் நரம்புத் திரள் கள் ஆகியவற்றில் முடிகின்றன (சோலார் பிணையம் அல்லது உள் உறுப்புகள் மற்றும் நாளங்களின் நரம்புத் திரள்களில் முடிவடைகின் றன).

வளர்ச்சி மற்றும் போஷாக்கு சார்ந்த நரம்பு மண்டலப் பகுதி யின் நடவடிக்கையும் அனிச்சையால் உருவாகிறது. உள் உறுப்புக் களில் இருந்து வரும் தூண்டல்கள், பின் புற இழைகள் வழியாக நடுவிலகிய கொம்புகளின் செல்களுக்கு கடத்தப்படுகின்றன. பிர திவினையும், அது வழியாகவே கடத்தப்படுகிறது. உடல் சார்ந்த மற்றும் போஷாக்கு வளர்ச்சிப் பணிகள் ஆகியவற்றை கட்டுப்படுத்து வதில் நெருங்கிய தொடர்பு உள்ளது, சிறுநீர் பிரிவு மண்டலத்தின் நடவடிக்கை (நரம்பு மண்டலப் பாதிப்பின் ஒரு அறிகுறி, சிறுநீர் மண்டலம் பாதிக்கப்படுவதே) யை உதாரணமாக எடுத்துக் கொண் டால் பரிவு நரம்பு மண்டலத்தின் கட்டுப்பாடு அமைப்பைத் தெரிந்து கொள்ளலாம். இந்த யாந்தீரிக முறையைப் பற்றி விவரிப்போம்.

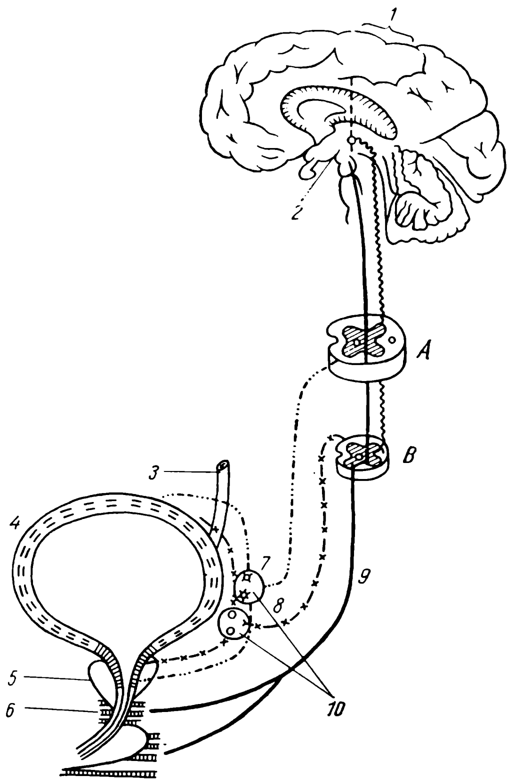
சிறு நீர்ப்பையின் சிலேட்டுமப்படலத்திலிருந்து வரும் தூண்டல் கள், உணர்வு நரம்பு இழைகள் வழியாக பின் புற நரம்பிழைகள் வழி, தண்டுவடத்தின் திரிக—கீழ் முதுகுப் பகுதிக்கும் செல்கின்றன. அங்கிருந்து பிரதிவினை உந்தல்கள், துணை பரிவு நரம்பு மற்றும் பரிவு நரம்பிழைகள் வழியாக (முன் புறக் கொம்புகளின் ஒரு பகுதி) டிட்ருசர் (சிறுநீர்பையிலிருந்து சிறு நீரை வெளியேற்றும் தசை) எனப்படும் சிறுநீர்பையின் மெல்லிய தசைகளுக்குச் செல்கின்றன. அத்துடன் சிறுநீர்பையின் கழுத்தைச் சுருக்கும், சுருக்கு தசைக்கும் உந்தல்கள் செல்கின்றன. டிட்ருசர் தசையின் சுருக்கமும், சுருக்கு தசையின் தளர்வும் சிறுநீர் பிரிவதை ஊக்குவிக்கின்றன.

இது தவிர முதலில் குறிப்பிட்ட சுருக்குத் தசைக்கு அப்பால்,

சிறுநீர் புற வழி சுருக்குத் தசை காணப்படுகிறது. இந்த வரி கொண்ட தசைக்கு, ப்யூடெண்டல் நரம்பு ஊட்டம் அளிக்கிறது. இந்த நரம்பு தண்டுவடத்தில் விரிகப் பகுதியின் முன்புற கொம்புகளின் செல்களில் இருந்து உருவாகிறது. கோபுரப் பாதையின் இழைகளால், பெரு மூளைப் புறணியுடன் இந்த செல்கள் இணைக்கப்படுகின்றன. ஆகவே, சிறுநீர்புற வழி சுருக்குத் தசை, பெருமூளை புறணியின் கட்டுப்பாட்டில் இருக்கிறது. ஆகவேதான், சிறுநீர் பிரிவு, ஒரு தன்னிச்சையான பணியாகும். சிறுநீர் புறவழி சுருக்குத் தசையின் பணியும் (வரி கொண்ட தசை) சிறுநீர்பையின் மெல்லிய தசைகளின் பணியும் ஒருங்கிணைந்து அமைந்து சிறுநீர்பை சரியாக செயல்பட வகை செய்வது நரம்பு மண்டலத்தின் பணியாகும். (படம் 13). சிறுநீர் பிரிவதற்குப் பொறுப்பான நரம்பிழைகளின் நைவுகளால் சிறுநீர் பிரிவது சீர்கேடடைகிறது. அதாவது சிறுநீர் பிரிவதைக் கட்டுப்படுத்த முடியாமல் சிறுநீர் சொட்டுச் சொட்டாக ஒழுகிக் கொண்டிருக்கிறது. இதன் போது, சிறுநீர்பையின் கழுத்து தொய் திறனுடன் இருந்து, ஓரளவு எதிர்ப்புக் கொடுத்தால் சிறுநீர்பையில் சிறுநீர் நிரம்பிய பின்னர் சிறுநீர் சொட்டு சொட்டாக வெளிதர முடியும். ஒரு சில நரம்பு வியாதிகளில், பெருமூளைப்புறணிக்கும், சிறுநீர் பிரிவதற்கான தண்டுவட கேந்திரத்திற்கும், இடையேயான இணைப்பு ஓரளவே பாதிக்கப்பட்டால், உடனடியாக சிறுநீரைக் கழிக்க ஒரு அடக்கமுடியாத அவா தோன்றுகிறது. நோயாளி உடனடியாக சிறுநீரை வெளியேற்ற வேண்டும். இல்லையெனில் கட்டுப்படுத்த முடியாதபடி சிறுநீர் பிரிந்து விடுகிறது. மேற்கூறியது, ஓரளவாக அல்லாமல், முழுமையாகப் பாதிக்கப்பட்டால், சிறுநீர் தானாகவே பிரிவதைக் கட்டுப்படுத்தவே முடியாது. சிறுநீரை வெளியேற்ற நோயாளிக்கு அவாவே இல்லை. புற வழியாக சிறுநீர் பிரிவதை அவன், உணர்வதேயில்லை. புறணியில் இருந்து தண்டுவடக் கேந்திரங்களுக்குச் செல்லும் இழைகள், தண்டுவடம் முழுவதிலும் கோபுரப் பாதையில் காணப்படுவதால் கீழ் முதுகுப் பகுதிக்கு அப்பால் தண்டுவடத்தில் தோன்றும் நைவின் விளைவால் ஏற்படும் சிறுநீர் தேக்கத்திற்கு கதீட்டர் எனப்படும் குழலை பயன்படுத்த நேரிடும். மேற்கூறிய வழிமுறை மலக் குடலின் நரம்பூட்டத்திற்கும் பொருந்தும். இதன் மூலம் மலங்கழிதலும் கட்டுப்படுத்தப்படுகிறது. ஒரு வேறுபாடு என்னவெனில் மலங்கழிவதில் வயிற்றுச் சுவரின் தசைகளும், உதரவிதானமும் பங்கு பெறுகின்றன.

மூளையின் ஒருங்கிணைந்த பணியால் பேச்சு நடைபெறுகிறது. ஆனால் செவிப்புலன் மற்றும் இயக்கம், பார்வை ஆகிய பகுப்பிகளும் அதனிடையேயான இணைப்புகளும் பேச்சு நடைபெறுவதில் பெரும் பங்கு வகிக்கின்றன.

வலது கைப் பழக்கமுள்ள ஒருவனின் பெரு மூளைப் புறணியின்



படம் 13. சிறுநீர்பையின் நரம்பூட்டம் பற்றிய வரைபடம்

1. தன்னிச்சையாக சிறுநீர் கழிப்பதன் இயக்கப் பகுப்பி; 2. மூளையில் சிறுநீர் பிரிவதற்கான கேந்திரம்; 3. சிறுநீர் குழல்; 4. டிட்ருசர் (சிறுநீர்பையின் சுருக்கத்தை உண்டாக்கும் தசை); 5. சிறுநீர்பை சுருக்கு தசை; 6. சிறுநீர் புறவழி சுருக்கு தசை; 7. பரிவு நரம்பு இழைகள்; 8. துணைப் பரிவு நரம்பு இழைகள்; 9. ப்யூடெண்டல் நரம்பு; 10. நரம்புத் திரளின் பிணையங்கள். A) தண்டுவட கீழ் முதுகுப் பகுதியின் விரிவடைந்த உச்சிப் பாகம். B) தண்டு வட திரிகப் பகுதியின் விரிவடைந்த கீழ்ப் பகுதி

இடது அரைக் கோளத்தின் நைவுகளின் போது, பேச்சுக் கோளாறுகள் மற்றும் பேச்சின்மை உண்டாகின்றன.

இடது பொட்டு மடலில் காணப்படும் புறணியின் குறிப்பிட்ட பகுதி பாதிக்கப்படும்போது உணர்வு சார்ந்த பேச்சின்மை—பேசப்பட்ட வார்த்தைகளின் பொருளை உணர்வதும், பேச்சைப் பகுத்தாய்வதும் இயலாமல்போகிறது—தோன்றுகிறது.

இடது பொட்டு மற்றும் பின் மடல்பகுதிப் புறணியின் குறிப்பிட்ட பகுதி பாதிக்கப்பட்டால் மறதியுடன்கூடிய பேச்சின்மை உண்டாகிறது. இங்கு நோயாளி தனக்கு நன்குதெரிந்த ஒரு பொருளின் பெயரை மறந்து அதன் உபயோகத்தை நினைவில் கொள்கிறான். சான்றாக, ஒரு பென்சிலைக் காண்பித்தால் அதன் பெயரை மறந்து விடுகிறான். ஆனால்'' அது எழுதுவதற்குப் பயன்படுகிறது'' எனக்கூறுகிறான்.

பெருமூளைப் புறணியின் இடதுமுன் மடல் பகுதி பாதிக்கப்பட்டால்இயக்கப் பேச்சின்மை தோன்றுகிறது. இந்த நிலையில் முழுவதும் பெறப்

பட்ட கட்டுப்பட்ட அனிச்சை பேச்சு இணைப்புகள் இழக்கப்படுகின்றன. இந்த நிலையில் நோயாளியால் ஒன்றுமே பேச முடியாமல் இருக்கலாம், அல்லது மிகக்குறைந்த அளவில் பேசலாம்.

சிரமப் பேச்சு மற்றும் உளறல் பேச்சு ஆகியவை மூளைக்குமிழ் நைவுகளின் விளைவால் காணப்படுகின்றன. இங்கு ஒலிகளை உருவாக்கத் தேவையான தசைச் சாதனங்கள் பாதிக்கப்படுகின்றன. இதற்கான மையங்கள், முகுளத்தில் அமைந்துள்ளன.

நரம்பு சார்ந்த உள நோயாளிகளின் பராமரிப்பும் பிரதான சிகிச்சை முறைகளும்

மருத்துவத் துறைக்கு தங்களை அர்பணித்துக் கொண்டவர்களிடமிருந்து, அவர்கள் டாக்டர்களாக இருந்தாலும் சரி, அவர்களின் உதவியாளராக இருந்தாலும் சரி, மக்கள் பெரிதும் எதிர்பார்க்கின்றனர். இவர்களுக்கு சிறந்த பொறுப்புணர்ச்சியும், மேன்மையான ஒழுக்கமும் இருக்க வேண்டும். நோயாளிகளைப் பராமரிக்கும்போது, மேற்கூறியவை தேவைப்படுகின்றன. தொழில் நுணுக்கம் மற்றும் மனிதாபிமானம் சகிப்புணர்ச்சி பொறுமை, நோயாளிகளின் உணர்ச்சிகளைக் கருத்தில் கொண்டு பணிபுரிதல், தியாக உணர்வு, டாக்டர்களின் ஆணைகளை பூரணமாக நிறைவேற்றல் ஆகியவையே நர்சுகள் மற்றும் டாக்டர்களின் உதவியாளர்களுக்கு இருக்க வேண்டிய இன்றியமையாத பண்புகளாகும். அக்டோபர் புரட்சிக்கு அப்பாலான சோவியத் மருத்துவத்தின் சிறந்த வரலாறு, மருத்துவ உதவியாளர்களின் முக்கியத்துவத்தை குறிப்பாக உடல், உள வியாதியஸ்தர்களைப் பராமரிப்பதை வலியுறுத்துகிறது.

நோயாளியைக் கவனிப்பதில் தனக்குள்ள முக்கியபங்கை செவிலியர் எப்போதும் நினைவில் கொள்ள வேண்டும். நோயாளியுடன் அவனது நோயைப் பற்றி விவாதிக்கக் கூடாது. நோயாளியின் கோளாறுகளுக்கு பொறுப்புணர்ச்சியுடன் செவி சாய்க்க வேண்டும். ஒரு நோயாளி இழித்துப் பேசினால் கூட செவிலியர் பொறுத்துக் கொள்ள வேண்டும். தனது உடல் நலம் பற்றிய அச்சம் மற்றும் மனமயக்கங்கள், மனப்பிதற்றல், பாதிக்கப்பட்ட அறிவுக்கூர்மை, ஆகியவற்றால் ஒரு நோயாளி தவறாக நடந்து கொள்ளலாம். அந்த சூழ்நிலையில் செவிலியர் நோயாளிக்கு இதமளித்து டாக்டரிடம் கூறி ஆவன செய்வதாக உறுதியளிக்க வேண்டும். மருந்துகள் பற்றிய அனைத்து பரிந்துரைகளும் டாக்டராலேயே குறிப்பிடப்பட வேண்டும். சுடு தண்ணீர்க் குவளை கொடுப்பது அல்லது வெப்ப ஒத்தடம் அளிப்பது கூட, டாக்டரின் அனுமதியின் பேரிலேயே நடைபெற வேண்டும். ஏனெனில் வெப்பம், மற்றும் வலி ஆகிய உணர்வுகளை

அறியும் திறன், சில நோய் நிலைகளில் மழுங்கி இருக்கலாம். இதன் போது வெப்ப ஒத்தடம் ஒன்று அளிப்பது கூட தீமையில் முடியலாம்.

இரத்த மிகு அழுத்தம் உள்ள போது அந்த நோயாளிக்கு அட்டைகள் சிகிச்சையாகப் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. காதின் பின்புற முள்ள மாஸ்டாய்டு புடைப்பில், அட்டைகள் பொருத்தப்படுகின்றன. முதலில் சருமம் நன்கு கழுவப்படுகிறது. சர்க்கரை செறிவடைந்த திரவம், தடவப்படுகிறது. செவியின் புறத் துவாரம், பஞ்சால் அடைக்கப்படுகிறது. அட்டையின் தடித்த அப்பாலுள்ள பகுதி, சருமத்தில் ஒட்டப்படுகிறது, அல்லது பரிசோதனைக் குழலில் உள்ள அட்டையின் தலைப் பகுதி நோயாளியின் சருமத்தின் அருகே கொண்டு செல்லப்படுகிறது. விரைவிலேயே உறிஞ்சல் முறையில் அட்டைகள் சருமத்துடன் ஒட்டிக் கொள்கின்றன. அட்டைகள், மூன்று நான்கு மடங்கு பெரிதாகி, தானாகவே விழுந்து விடுகின்றன. அட்டைகளை அகற்ற வேண்டிய அவசியம் நேரிட்டால் அவற்றின் மீது உப்பைத் தெளித்தால் போதும். அட்டையால் ஏற்பட்ட காயத்தின் மீது ஒரு கட்டைப் போடலாம். சில போது நீண்ட நேரம் குருதிப் பெருக்கு உண்டாகி இருக்கும். 40—60 நிமிடங்கள் ஒரு அட்டை 15 மி.லி (ஒரு மேசைக் கரண்டி அளவு) இரத்தத்தை உறிஞ்சுகிறது. ஒரு சமயத்தில் 6—8 அட்டைகளைப் பயன்படுத்தலாம்.

பயோகுவினால் மருந்தை ஊசி மூலம் உட்செலுத்தும்போது, சில அசாதாரண நிலைகள் தோன்றலாம். (சமநிலையிலுள்ள பெர்சிக் எண்ணையில் 8% குவினின் அயடோபிஸ் முத்தேட் காணப்படுகிறது.) ஒரு நாள் விட்டு ஒரு நாளாக 2.0—2.5 மி.லி. அலகில் ஊசி மருந்தாக கொடுக்கப்படுகிறது. மொத்தம் 15—20 ஊசிகள் போடப்படலாம். முதலில் நன்கு கூட வைக்கப்படுகிறது. (குவளையை கொதிக்கும் தண்ணீரில் வைத்து சூடேற்றப்படுகிறது) பின்னர், மருந்து, நன்கு குலுக்கப்படுகிறது, குண்டியின் மேற்புறத்து நடுவிலகிய பகுதியில் ஊசி இடப்படுகிறது. இந்தப் பகுதி சாராயத்தால் நன்கு துடைக்கப்பட்டு, டிங்க்சர் அயோடின் தடவப்பட்டு சுத்தம் செய்யப்படுகிறது. ஊசி மட்டும் முதலில் குத்தப்படுகிறது. ஒன்றிரண்டு நிமிடங்கள் வரை இரத்தம் வெளிப்படாவிடில், பீச்சாங்குழல் ஊசியில் பொருத்தி, மருந்தை உட்செலுத்தலாம். கரையாத மருந்துப் பொருட்கள் இரத்தத்தினுட்சென்றால், பயங்கர விளைவுகள் உண்டாகும். ஊசி கொருத்த பிறகு ஒரு சில நிமிடங்களுக்கு நோயாளி குப்புறப்படுத்திருக்க வேண்டும். ஊசி போடப்பட்ட இடம், கொல்லாடியன் மற்றும் பஞ்சால் மூடப்பட்டு இருக்க வேண்டும். சிகிச்சையின் போது நோயாளியின் சிறுநீரை அடிக்கடி பரிசோதனை செய்ய வேண்டும், மேலும் ஒவ்வொரு தடவையும் உணவுக்குப் பின்னர் டிங்க்சர் அயோடின் கொண்ட தண்ணீரால் (ஒரு குவளை தண்ணீருக்கு 10 சொட்டுகள்) வாயைக் கொப்பளிக்க வேண்

டும். இதன் மூலம் பல்லின் ஈறுகளில் தோன்றும் நைவுகளைத் தவிர்க் கலாம்.

பெருமூளைத் தண்டுவட நீரை அகற்றி, பரிசோதனை செய்யும் முறையைப் பற்றி இங்கு விவரிப்போம். இந்தப் பரிசோதனைக்குப் பின்னர் நோயாளியின் பராமரிப்பு பற்றியும் கூறப்படும்.

நோய் நிர்ணயத்திற்கும், சிகிச்சைக்கும் பெரு மூளைத் தண்டு வடநீர், அகற்றப்படுகிறது. துளைபோடுவதற்கு மாண்டிரின் கொண்ட பிராவின் ஊசி, உபயோகப்படுத்தப்படுகிறது. 5—6 செ.மீ நீளமுள்ள ஊசியையும் பயன்படுத்தலாம். குழந்தைகள் பகுதியில் மெல்லிய ஊசிகளையே பயன்படுத்துகின்றனர். கட்டிலின் ஓரத்தில் இடது பக்கமாகவோ அல்லது வலது பக்கமாகவோ சாய்ந்து நோயாளி படுத்திருப்பது நல்லது. கால்கள் மடக்கப்பட்டு தொடைகள் வயிற்றைத் தொட வேண்டும். அதே போன்று தலையும் நன்கு மடக்கப் பட்டு மார்பைத் தொட்டுக் கொண்டிருக்க வேண்டும். இதனால் முதுகு நன்கு வளைக்கப்பட்டு முதுகெலும்பு முள்ளின் புடைப்புகள் நன்கு விரிவடைந்து இருக்கும். இரண்டு பக்கமுள்ள இலியாக் எலும் புகளின் முகட்டைத் தொட்டு நடுகோடு வரையப்பட வேண்டும். கோடு வரை டிங்க்சர் அயோடினைப் பயன்படுத்தலாம். இந்தக் கோடு மூன்றாவது மற்றும் 4வது கீழ் முதுகு முள்ளெலும்புக்கு இடையில் இருக்கிறது. இதில் ஊசி செலுத்தப்படுகிறது. ஒரு அங்குலம் மேலாகவோ, கீழாகவோ கூட ஊசியைச் செலுத்தலாம். டிங்க்சர் அயோடின் கொண்டு அந்தப் பகுதியை நன்கு சுத்தம் செய்த பின்னர் 0.25% புரோகைன் ஹைட்ரோ குளோரைட் கரையம் 1 மி.லி அலகில் சருமத்தின் அடியில் செலுத்தப்படுகிறது, அல்லது சருமத்தின் மீது ஈதரில் தோய்க்கப்பட்ட பஞ்சுத் துண்டை, 30 தடவைகள் தோய்க்க வேண்டும். இந்த இரண்டு முறைகளிலும் சருமம் மரத்துப் போய் உணர்வற்றுப் போய்விடுகிறது. டாக்டர், தனது கைகளை நன்கு கழுவிய பின்னர், 3வது கீழ் முதுகு முள்ளெலும்பின் புடைப்பை தெரிந்து கொண்டு அதனடியில் ஊசியைச் செலுத்தி அதை கிடை மட்டத்தில் நிலைப்படுத்தி பின்னர் சிறிது மேல் நோக்கிச் செலுத்துகிறார். முதுகுத்தண்டிடை பந்தகங்களை ஊடுருவிய பின், ட்யூரா மேட்டர் துளைக்கப்படுகிறது. அப்போது ஒரு குழுவினுள் நுழைவது போன்ற உணர்வு தோன்றுகிறது, அத்துடன் ஊசி உட்செலுத்துவது நிறுத்தப்படுகிறது. மாண்டிரின் அகற்றப்படுகிறது. ஊசி வழியாக, பெரு மூளைத் தண்டுவட நீர் வெளிப்படுகிறது.

நோயை நிர்ணயிக்க 4—6 மி.லி திரவம் போதுமானது, அத்துடனேயே அதன் அழுத்தமும், நிர்ணயிக்கப்படுகிறது. திரவத்தின் தெளிவான நிலையும், நிறமும் பதிவு செய்யப்படுகிறது. சகஜமான நிலையில் பெரு மூளைத் தண்டுவட நீர் வடிகட்டப்பட்ட தண்ணீர் போன்று தோற்றமளிக்கிறது. ஒரு நிமிடத்திற்கு 60 சொட்டு என்ற

விகிதத்தில் அதன் அழுத்தம் இருக்கிறது. அழுத்தம் மிகையாக இருக்கும் போது, சொட்டுக்கள் துரிதமாக வெளிப்பட்டு திரவம் செங்குத்தாகவோ அல்லது வளைந்த நீரோட்டம் போன்றோ வெளிப்படுகிறது.

சில நோய் நிலைகளில் திரவம் மஞ்சள் நிறமாக (சேன்தோகு ரோமியா) காட்சி அளிக்கிறது. மூளை உறைகளின் சீழ் கொண்ட அழற்சியின் போது திரவம், கலங்கிக் காணப்படுகிறது. திரவத்தை வெளியேற்றிய பிறகு ஊசி போடப்பட்ட இடத்தை பஞ்சும் கொல் லோடியமும் கொண்டு மூட வேண்டும். இதன் பின்னர் இரண்டு, மூன்று மணி நேரங்களுக்கு தலையணை எதுவுமின்றி நோயாளி குப்புறப் படுத்திருக்கவேண்டும். 24 மணி நேரத்திற்கு முழு நேர ஓய்வு தேவை. மேற்கூறிய முன்னெச்சரிக்கைகளைப் பின்பற்றிய பின்னரும், சில மணி நேரங்கள் கழித்து சிலருக்கு மூளை உறை கள் தூண்டப்படுவது போன்ற உணர்வுகள் தோன்றுகின்றன. பொதுப் படையான பலவீனம், மற்றும் தலைவலி, முதுகுவலி, குமட்டல், வாந்தி, சிறுநீர் பிரியாமை, ஆகியவை தோன்றுகின்றன. அத்தகைய கேசுகளில் 40% ஹெக்சாமெதிலீன் டெட்ராமைன் (யூரோட்ரோபின்) திரவம் 5 மி.லி அலகில், சிரை வழியாக உட் செலுத்தப்படுகிறது, வலி நீக்கி மாத்திரைகளும் (அமிடோபைரீன், அசிடோபெனிடிடின், ஆண்டிபைரீன்) கொடுக்கப்படுகின்றன.

தண்டுவடத்தின் ஒரு நைவால் இரு கால்கள் செயலிழந்த (அல் லது கைகளும் கால்களும் செயலிழந்த) நோயாளிகள், மிகவும் கவனத்துடன் பராமரிக்கப்பட வேண்டும். ஏனெனில் படுக்கைப் புண்கள் தோன்றலாம். சிறுநீர் பிரிவது தடைபடலாம். நீண்ட நேரம் அழுத்தப்படும் உடலின் பகுதிகள் —எலும்பை அடுத்து தோல் இருக்கும் பகுதிகள்—பெருமளவில் பாதிக்கப்படுகின்றன. கீழ்க்கண்ட இடங்களில் படுக்கைப் புண்கள் தோன்றுகின்றன: திரி கப்பகுதி, முழங்காலின் நடுநோக்கிய பகுதி, கணுக்கால் மூட்டுக்கள், துருத்திக் கொண்டிருக்கும் இடுப்பு எலும்பின் முகடுகள் ஆகியவை. தண்டு வடத்தின் மேற்பகுதி பாதிக்கப்படும் போது தோள்பட்டைப் பகுதியில் படுக்கைப் புண்கள் தோன்றுகின்றன. மடிப்புக்கள் எதுவும் இல்லாத சுத்தமான உலர்ந்த படுக்கை விரிப்புகள் நோயாளிகளுக்கு அளிக்கப்பட வேண்டும், மல்லார்ந்து படுத்திருக்கும் நோயாளி, அடிக்கடி மாறி மாறிப் படுக்க வேண்டும். திரிகத்தின் அடியில் காற்று கொண்ட ரப்பர் வளையத்தைப் பொருத்தலாம். சூடன் கொண்ட ஸ்பிரிட்டால், சருமத்தைத் தேய்க்க வேண்டும், சோப்பும், குளிர்ந்த தண்ணீரும் கொண்டு கழுவி பின்னர் உலர்த்திவிட வேண்டும். இத் தகைய பாதுகாப்புகள் அளித்தும் கூட, படுக்கைப் புண்கள் தோன்றி திசுக்கள் வீக்கம் அடைகின்றன. அவை அழுகிச் சிதைந்து விடுகின் றன. ஒரு திறந்த காயத்திற்கு அளிக்கப்படும் பராமரிப்பு, இதற்

கும் அளிக்கப்பட வேண்டும். சல்பாபிரிடின் கரையம் கொண்ட களிம்புகளும், கட்டுகளும் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. இது தவிர விஷ்னாவ்ஸ்கியின் களிம்பும், (3 பங்கு தார், 3 பங்கு பிஸ்மத் டிரை புரோமோபீனேட், 94% பங்கு விளக்கெண்ணெய்), துத்த நாகக் களிம்பும் பயன்தரும். கீழ் முதுகுக்கு படிகக் கல் (குவார்ட்ச்) கதிர் வீச்சும், அந்தப் பகுதியில் ஃபைப்ரின் மருந்தைத் தடவுவதும் இதம் தரும். சிதைந்த பகுதிகள் அனைத்தும் அகற்றப்பட வேண்டும். எஞ்சியுள்ள காயத்தை (சேதாரமடைந்த பகுதியை) 1% பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கரையத்தில் தோய்த்த மெல்லிய சல்லடைத் துணியால் போர்த்த வேண்டும், தினமும் இரண்டு வேளை கட்டுகள் மாற்றப்பட வேண்டும். அதன் பின்னர், போடப் படும் கட்டுகளின் மீது மெழுகு காகிதத்தை போர்த்த வேண்டும்.

படுக்கைப் புண்கள் மிக பயங்கரச் சிக்கல்களை விளைவிக்கும் என்பதை மனதில் கொள்ள வேண்டும். ஏனெனில் அவற்றின் வழி யாக உடலினுள் தீய கிருமி பாதிப்புகள் உள் நுழையலாம். அவற் றின் மூலம் சீழ் படிந்த நிலை உண்டாகி, நோயாளியின் உயிருக்கே ஆபத்து நேரலாம்.

சிறு நீர் அடக்க முடியாமல் பிரியும் போது ஆண்களுக்கு சிறுநீர் குப்பியும் பெண்களுக்கு ரப்பராலான படுக்கைச் சட்டியும் தரப்படு கின்றன. சிறுநீர் தேக்கத்தின் போது சிறுநீர்ப்பை பகுதியின் மீது சுடுநீர் குப்பிகளைப் பொறுத்தியும் பயன் தராத போது, சிறு நீரை குழாயால் அகற்றுவது அவசியமாகிறது. கிருமி பாதிப்பின்மையின் அனைத்து நியதிகளும் பின்பற்றப்பட்டு இந்த முறை கையாளப்பட வேண்டும். இல்லையெனில் சிறு நீர்ப்பை பாதிக்கப்பட்டு விடும். இத்தகைய கேசுகளில் சிறு நீர்ப்பை அழற்சி உருவாகலாம். இதைத் தொடர்ந்து சிறு நீர் குழல் அழற்சியும் சிறு நீரக அழற்சியும் தோன் றலாம். சிறு நீர், கிருமிகளால் பாதிக்கப்படும் போது இவை நேரிட லாம். சிறு நீரைக் குழாயால் அடிக்கடி அகற்றும் போது, சிறு நீர்ப்பை, அடிக்கடி கீழ்க்கண்ட கரையங்களால் சுத்திகரிக்கப்பட வேண்டும்: 2% போரிக் அமிலக் கரையம், அல்லது 1:200 பொட்டா சியம் பெர்மாங்கனேட் கரையம், அல்லது 0.1:200 வெள்ளி நைட் ரேட் கரையம். சிறு நீரைக் குழாயால் அகற்றுவது தினமும் இரண்டு வேளை காலையிலும் இரவிலும் செய்யப்பட வேண்டும். உணர்வுக் கோளாறுகள் உள்ள ஒருவனுக்கு சிறு நீரை வெளியேற்ற வேண்டும் என்ற உணர்வே இருப்பதில்லை. மேலும் சிறு நீர்பையில் சிறுநீர் தேங்கியிருப்பது பற்றிக் கூட நோயாளிக்குத் தெரியாது. ஆகவே அத்தகைய நோயாளிகளுக்குப் பொறுப்பாக உள்ள செவிலியர் தான் இதைக் கவனத்தில் கொண்டு உரிய நேரத்தில் நோயாளிகளின் சிறு நீரை அகற்ற வேண்டும்.

II. நரம்பு சார்ந்த நோய்க் குறியியல்

புற நரம்பு மண்டல நோய்கள்

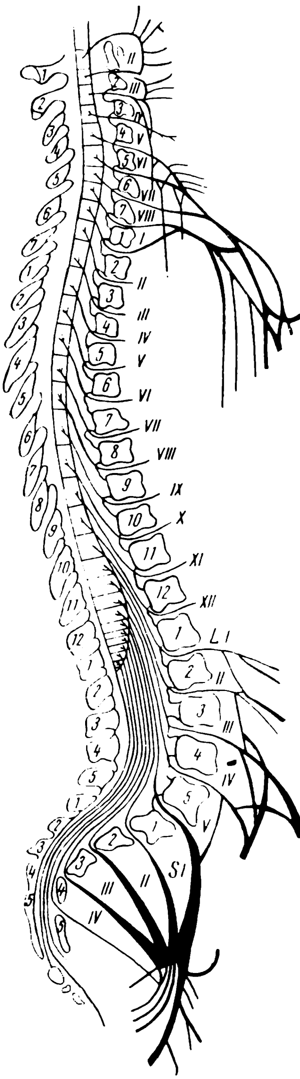
புற நரம்பு மண்டல பாதிப்புகளில் நரம்பு பாதிப்பும், அழற்சியும் அடங்கும். இந்த நோய்களில் தூண்டல் நிலையில் உள்ள ஒரு உணர்வு நரம்பால் ஊட்டம் பெற்ற பகுதிகளில் வலி காணப்படுகிறது. (சான்றாக முப்பிரிவு நரம்பு அல்லது சயாடிக் நரம்பு பாதிப்பு) மேலும், பாதிக்கப்பட்ட நரம்பால் ஆற்றப்படும் இயக்க மற்றும் உணர் பணிகள் பாதிக்கப்படலாம். (உதாரணம் முக நரம்பின் அழற்சி அல்லது கை, கால்களுக்கு ஊட்டமளிக்கும் நரம்பு)

முகத்தின் சருமம் மற்றும் சிலேட்டுமப் படலம், வாயின் சிலேட்டுமப்படலம் ஆகியவற்றில் இருந்து உணர்வுகளை கடத்தும் முப்பிரிவு நரம்பு (டிரைஜெமினல் நரம்பு) பாதிக்கப்பட்டால், முகத்தின் ஒரு பாதியில் வலி தோன்றுகிறது, அல்லது முப்பிரிவு நரம்பின் ஒரு கிளை இருக்கும் இடத்தில் வலி உண்டாகிறது. முப்பிரிவு நரம்பு பாதிப்பின் காரணம் என்னவென்று சிலபோது தெரிவதில்லை. வலி திடீர் தாக்குதலாக வரும் போது நோயாளி அவதிப்பட்டு உயிரற்ற கட்டை போன்று இருக்கிறான். முகம் வலியால் துடிக்கிறது. உதடுகள் மற்றும் நாக்கின் அருவருக்கத்தக்க அசைவுகள் தோன்றுகின்றன. கண்ணீர் சொரிகிறது. வாயில், உலோகத்தின் ருசி தோன்றுகிறது. இத்தகைய தாக்குதலின் போது வெப்ப ஒத்தடம், அழற்சி எதிர் மருந்துகள், பெர்னார்டின் மின்னோட்டம் இதமளிக்கிறது. நாட்டப்பட்ட கேசுகளில், சாராயத்தை நரம்பினுட் செலுத்தியோ அல்லது சுடு தண்ணீரை உட் செலுத்தியோ முப்பிரிவு நரம்பைச் சிதைக்க வேண்டும்.

முக நரம்பழற்சியில் முகத்தின் ஒரு பாதி செயலிழக்கிறது. நோயாளியால் தனது புருவத்தை உயர்த்த முடியாது. நெற்றியைச் சுருக்க முடியாது, கண்ணை மூடுதல் மற்றும் பற்களைக் காண்பித்தல், வலிச்சம் காட்டுதல் ஆகியவை சாத்தியமில்லை. உட் செவியின் ஒரு நைவு, முக நரம்பழற்சிக்கான காரணங்களில் ஒன்றாகும்.

ஏனெனில் காதின் இப்பகுதியின் மேலாக அமைந்துள்ள ஃபலோபியன் கால்வாயின் வழியாக முக நரம்பு செல்கிறது. மூளைத் தண்டில் துவங்கும் இந்த நரம்பு சேதமடையலாம். அல்லது அழற்சியடையலாம். தீவிர நிலைக் குறைந்தவுடன் இயன் முறைசிகிச்சை (மசகிடுதல், பெர்ஜோனியின் அரை முகமூடி) அளிக்கப்படுகிறது.

ஆர நரம்பு மற்றும் அல்னா, மீடியன் எனபடும் மத்திய நரம்புகளின் அழற்சி தான், சேதாரத்தால், துவங்குபவன. ஆர நரம்பு அழற்சியின் போது உள்ளங்கை தொங்குவதால்(மணிக்கட்டு தொங்கல்) மேற்புறமாக தனது மணிக்கட்டை மடக்க முடியாது, அல்னா (முழங்கை) நரம்பு அழற்சியால் வளைநக இடுக்கி கை தோன்றுகிறது. (உள்ளங்கை—விரல் எலும்பு மூட்டுக்களில் விரல் மிகையாக நீட்டப்பட்டு, விரல் எலும்பிடை மூட்டுக்களில் மடக்கியும் இருப்பது தான், வளைநக இடுக்கிக்கையாகும்) அல்லது பெருங்குரங்கு கை போன்று கட்டை விரலால், மற்ற விரல்களைத் தொட முடியாது. கழுத்து முள்ளெலும்பழற்சியால் கழுத்து தண்டுவட நரம்புகள் பாதிக்கப்பட்டு மேற் கைகளில் வலி தோன்றுகிறது. இங்கு முள்ளெலும்பிடை குருத்தெலும்புகள் பாதிக்கப்பட்டு அதன் விளைவாகத் தோன்றும் கட்டி எலும்புகள், தண்டுவடத்தின் பின்புற உணர்வு நரம்புகளை அழுத்தி உறுத்துவதால் வலி உண்டாகிறது. இதற்கான சிகிச்சை முறைகளாவன: உடற்பயிற்சிகள், காரை எலும்பை மசகிடல், போன்றவை.



படம் 14. தண்டுவடத்தின் துண்டங்கள் (31 துண்டங்கள்); காடா இக்குவைனா, மேற்கை மற்றும் கீழ் முதுகு திரிக நரம்புப் பிணயங்கள். அரேபிய குறியூடுகள் முள்ளெலும்பைக் குறிக்கின்றன. ரோமன் குறியீடுகள் தண்டுவடத் துண்டங்களின் இழைகளைக் குறிக்கின்றன.

கீழ் முதுகு மற்றும் திரிக நரம்பழற்சி

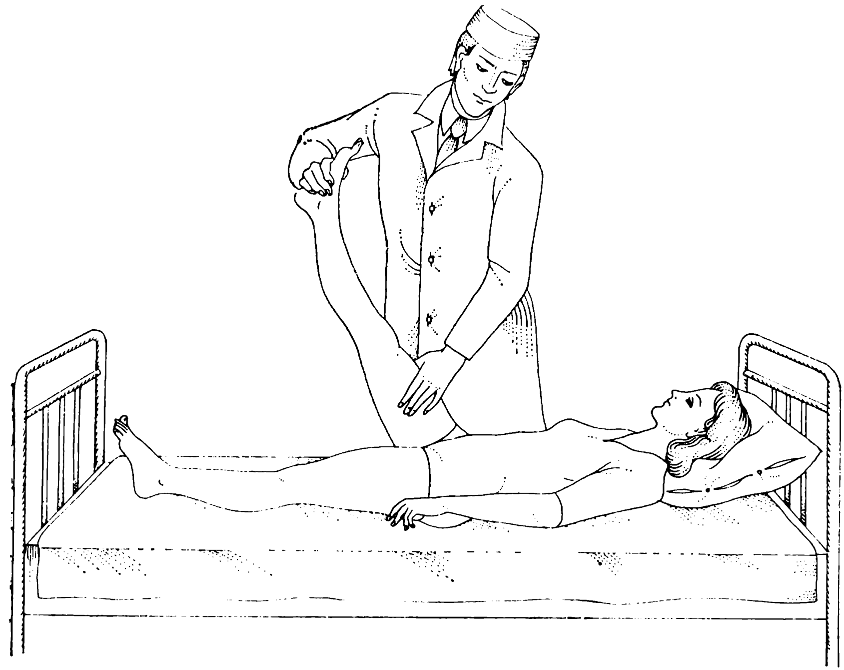
புற நரம்பு மண்டலத்தின் கீழ் முதுகு திரிகப் பகுதியின் நைவுகள் தான், அடிக்கடி தோன்றும் நோய்களாகும். தண்டுவடத்தின் கீழ் முதுகு மற்றும் மேற்புற திரிக நரம்புகளில் இருந்து உருவாகும் சயாடிக் நரம்பு தான் அடிக்கடி பாதிக்கப்படும் ஒன்றாகும். (படம் 14) சயாடிக் நரம்பு இழைகளின் (நரம்பு இழையற்சி) பாதிப்புடன் முள்ளெலும்புகளின் விகார அமைப்பும் காணப்படுகின்றன. (எலும்பு மற்றும் குருத்தெலும்பு பாதிப்பு). திரிக இலியாக் மூட்டுகள் அல்லும் இடுப்பு மூட்டுக்களின் பாதிப்பு அல்லது கூபகத்தின் உள்ளிருக்கும் உறுப்புக்களின் வியாதிகள் ஆகியவற்றால் சில போது கீழ் முதுகு வலி தோன்றுகிறது, நச்சு விளைவுகளிலும், பல்வேறு கிருமி பாதிப்புக்களாலும் நரம்பு மண்டலம் பாதிக்கப்படுகிறது.

முள்ளெலும்பிடை குருத்தெலும்பு துருத்துவதால் அருகேயுள்ள நரம்பிழை அழுத்தப்படுகிறது. இது பொதுவாக, மிகையான உடற் பிராயாசைக்குப்பின் தோன்றுகிறது. இங்கு ஊசி குத்துவது போன்று முதுகு வலி தோன்றுகிறது. மூட்டிடை நாண்கள் மற்றும் முதுகின் நீண்ட பெரிய தசைகள் ஆகியவற்றின் சேதாரத்தாலும் இத்தகைய வலி உண்டாகலாம் என்பதை நோய் நிர்ணயத்தின் போது நினைவில் கொள்ள வேண்டும்.

கீழ் முதுகு திரிக நரம்பழற்சி கொண்ட நோயாளிக்கு வலி உண்டாகிறது. இந்த வலி இடைவிடாது நீடிக்கலாம், அல்லது திடீரென்று தோன்றலாம். குண்டி, மற்றும் தொடை, கால்களின் பின்புற வெளிப்புற பகுதிகள், வழியாக இந்த வலி பரவலாம். முதலில் வெளிப் புற பகுதிகள் வழியாக இந்த வலி பரவலாம். முதலில் பெரும்பாலும் வலி, முதுகிலேயே தோன்றுகிறது. வலி தாங்க முடியாதபடி, நோயாளி, படுத்த படுக்கையாக இருக்கிறான். உடற்பிரயாசை, மற்றும் இருமல், தும்மல், வேண்டாத அசைவுகள் ஆகியவற்றால் வலி அதிகமாகிறது. அமுக்குவதன் மூலம் வலி உண்டாகும். வாலிசெக்சின் தொடுவலிப்புள்ளிகளாவன: தொடை எலும்பின் பெரிய புடைப்புக்கும், இஸ்கிய உருண்டைப் புடைப்புக்கும் இடையில்; முழங் கால் பின் பள்ளம்; டிபியா எலும்பின் நடுவிலகிய துருத்தல் ஆகியவை. தசையின் விறைப்பு வலியை ஊக்குவிப்பதால், நோயாளி ஒருநாற்காலியில் உட்காரும்போது பாதிக்கப்பட்ட காலின் தசைகளை தளர்த்துகிறான்.

தசைகளை நீட்டச் செய்யும் **லேசுகுவின் பரிசோதனை நோய் நிர்ணயத்தில்** மிகவும் முக்கியமானது. லேசுகுவின் பரிசோதனை வருமாறு:

நோயாளி, மல்லார்ந்து படுத்திருக்கிறான். பாதிக்கப்பட்ட கால் உயர்த்தப்படுகிறது. (காலை உயர்த்தும் பரிசோதனை) இதனால்



படம் 15. லேசுகுவின் பரிசோதனை (பரிசோதிக்கும் முறை)

சயாடிக் நரம்பு நீட்டப்படுகிறது. இதன் விளைவாக அந்த நரம்பு செல்லும் பாதையில் வலி உண்டாகிறது. இதற்கும் மேலாக, காலை நீட்ட முடியாது. அதே போன்று காலை முழங்கால் மட்டத்தில் மடக்கினால் வலி குறைகிறது. ஏனெனில் நரம்பு குறைந்த அளவிலேயே நீட்டப்படுகிறது. (படம் 15)

கீழ் முதுகு திரிக நரம்பு அழற்சியின் போது, நல்ல நிலையிலிருக்கும் காலிலோ, அல்லது பாதிக்கப்பட்ட பகுதியிலோ பாதுகாப்பான தண்டுவட வளைவு (தண்டுவடபக்க வளைவு) உண்டாகிறது.

சிகிச்சை. சமதளமாக, முரடான படுக்கையில் நோயாளி கிடத்தப்படுகிறான். வெப்ப ஒத்தடம் மற்றும் சுடுதண்ணீர் குவளை, வெப்ப அடுப்பு சூடான மணல் கொண்ட பை, (சூடு குறைந்தவுடன் மாற்றப்பட வேண்டும்) ஆகியவை கொண்டு வலிக்கு நிவாரணம் அளிக்கலாம். மணல் கொண்ட பை, இறுக்கமாக இராது. தளர்ந்து இருந்து கை கால்களுக்கு ஏற்ப நெருக்கமாக அமைய வேண்டும். கீழ் முதுகுப் பகுதிக்கும் குண்டி மடிப்புக்குக் கீழான தொடைக்கும் கடுகுக்கட்டு பொருத்தப்பட வேண்டும்.

அமிடோபைரின் மற்றும் அனால்ஜின் (டைபைரோன்), ரியோபை

ரின் (பினைல்ப்யூடசோனும், அமிடோபைரினும் கொண்ட மாத்தி ரைகள்) போன்ற வலி நீக்கி மருந்துகள், வாய் வழியாகச் செலுத்தப் படுகின்றன. இயன் முறை சிகிச்சையில் கீழ்க்கண்டவை அடங்கும்: டயடைனமிக் மின்னூட்டங்கள், கால்வானிக் மின்னூட்டம், கீழ் முதுகு மற்றும் கால்களுக்கு அயன் செலுத்து முறை, குவார்ட்ஸ் பாதரச ஆவி விளக்குக் கதிர் வீச்சு ஆகியவை. இத்துடன் ஆண்டிபை ரின் மற்றும் புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடும் அளிக்கப்பட வேண்டும். கை, கால்களின் பின்புறப் பகுதி வழியாகப் புரோகைனை (0.25% கரையம்) சரும இடை வழியாகச் செலுத்தும் முறையும் பின்பற்றப்பட வேண்டும்.

கீழ் முதுகு திரிக நரம்பழற்சிற்கு மிக முக்கிய காரணம் தண்டு இடை நரம்பிழைகள் அழுத்தப்படுவதால் தான். ஆகவே முதுகை பின்னோக்கி வளைத்தல் தான் சிகிச்சை முறையாகும். சாய்ந்துள் ளப் படுக்கையில் நோயாளி மல்லார்ந்து படுத்திருக்க வேண்டும். அவனது தோள்பட்டைகளைச் சுற்றி கிளிசனின் கட்டுக்கள் கட்டப் பட வேண்டும். கால்களில் எடைகள் பொருத்தப்படுகின்றன. இது போன்று தினமும், இரண்டு வேளை 30 நிமிடங்கள் செய்யப்பட வேண்டும். கீழ் முதுகு வலி பல மாதங்களாக நீடித்தால், கீழ்கண்டவை இருக்கின்றனவா எனப் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். தண்டுவடம், முதுகெலும்பு ஆகியவற்றின் புற்று நோய்க் கட்டி, தண்டுவட கீழ்ப் பகுதியான காடா இக்குவைனாவின் அழற்சி, உண்மையான கூபகத் தில் அழற்சி நோய்கள்.

சயாடிக் நரம்பு அல்லது அதன் கிளையின் அழற்சியின் போது பாதத்தை பின்னோக்கி வளைக்கும் (மடக்கும்) தசைகளுக்கு நரம் பூட்டம் அளிக்கும், பெரோனியல் நரம்பு பாதிக்கப்படுகிறது. இத னால் பாதம் பலவீனமடைந்து நோயாளி நடக்கும்போது அவனது கட்டை விரல்கள் தரையில் இழுபடுகின்றன. இதைத் தவிர்க்க நோயாளி, ஒவ்வொரு அடி வைத்து எடுக்கும்போதும் பாதத்தைத் தரையில் இருந்து உயரமாகத் தூக்கி வைக்கிறான். இதற்கு முழங் கால் மற்றும் இடுப்பு மூட்டுக்கள் மட்டத்தில் காலை மிகையாக மடக்க வேண்டி வருகிறது. இதன் விளைவாக ஒரு மாதிரியாக அவன் நடக்க வேண்டி வருகிறது. சமதளமான தரையில் நடக்கும்போது மாடிப்படிகளில் ஏறுவது போன்று நடக்கிறான். பாதத்தின் மேற் பரப்பில் வெளி விளிம்பில் வலி உணர்வு அறியும் தன்மை குறை கிறது அல்லது பூரணமாக இழக்கப்படுகிறது.

பல நரம்பழற்சி

பல நரம்பு அழற்சியில், ஒரே சமயத்தில் பல நரம்புகள் பாதிக் கப்படும்போது கால்களும், கைகளும் தளர்ந்து செயல் இழக்கின்

றன. கைகளும் கால்களும் மரத்துப் போவதால் தொடு உணர்வு மறைகிறது. கைகால்களின் நரம்பு வழிப்பாதைகளைத் தொட்டால் வலி உண்டாகிறது. பல நரம்பழற்சியின் காரணிகளாவன: பல் வேறு வகையான நச்சுப் பொருட்கள் (சாராயம், ஈயம், மாங்கனீசு, ஆர்சனிக், பாதரசம் ஆகியவை) கிருமிபாதிப்புகள் (தட்டம்மை, இன்புளூயன்சு, தொண்டை அடைப்பான், பல்வேறு காரணிகளால் உண்டான டைபஸ் காய்ச்சல், செம்புள்ளிக் காய்ச்சல், பல்வகையான வைரஸ் நோய்கள்). காரணியைக் கண்டுபிடித்து சிகிச்சை அளிப்பது டன் ''பி'' காம்பௌக்ஸ், பிரிட்னிசோலோன் போன்ற மருந்து களும் கொடுக்கப்படுகின்றன. பல்வேறு இயன் மருத்துவ சிகிச்சை களும் பலனளிக்கின்றன. மசகிடுதல், மற்றும் சிகிச்சை முறையில் உடற்பயிற்சிகள், குளியல்கள் போன்றவையும் மறுசீரமைப்பின் போது பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன.

புற நரம்பு மண்டலத்தின் எஞ்சிய நைவுகளுக்குக் கீழ்க்கண்டவை அளிக்கப்படுகின்றன: கந்தக ஹைட்ரஜன் குளியல் எனப்படும் ஸ்பா சிகிச்சை (மாட் செஸ்டா) ரேடன்குளியல் (க்சால்ட்யூபோ) சகதிக் குளியல் (பெர்ட்யான்ஸ்க, சகி).

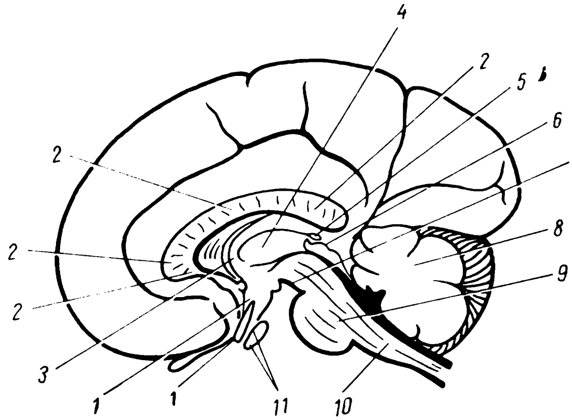
நரம்பு மண்டலத்தின் தொற்றும் நோய்கள்

மூளை உறை அழற்சி, மூளை அழற்சி, மூளை தண்டுவட அழற்சி

நரம்பு மண்டலத்தின் தொற்றும் நோய்கள், மூளையுறையின் அழற்சியாகவோ, மூளையின் அழற்சியாகவோ துவங்குகிறது. தண் டுவட அழற்சியைத் தொடர்ந்தும் மூளையின் அழற்சி தோன்றலாம். (மூளை-தண்டுவட அழற்சி)

மூளை மூன்று படலங்களால் (உறைகள்) போர்த்தப்பட்டுள் ளது. கடினமான **ட்யூரா உறை. அரக்னாய்டு** மற்றும் **பயாமேட்டர்** எனப்படும் இரண்டு மெல்லிய படலங்கள். ட்யூரா தண்டுவடத்தை யும் போர்த்துகிறது. அரக்னாய்டும், பயாவும் இரண்டு மடிப்புகளாக மூளையின் பரப்பில் காணப்படுகின்றன. இந்த இரண்டுக்கும் இடை யில் அரக்னாய்டு அடிவளி காணப்படுகிறது.

மூளையினுள்ளே, வென்ட்டிரிக்கிள்கள் எனப்படும் குழிவுகள் காணப்படுகின்றன. இரண்டு நடுவிலகிய வென்ட்ரிக்கிள்கள்: (இதில் முன்புற, பின்புற, கீழ்புற, கொம்புகள் அல்லது பகுதிகள் காணப் படுகின்றன) இவை, தலாமசுக்குமிடையே காணப்படும் மூன்றாவது வென்ட்ரிக்கிளுடன் தொடர்பு கொண்டுள்ளன. இந்த மூன்றாவது வென்ட்ரிக்கிள், சில்வயசின் கால்வாயுடன் தொடர்பு கொண்டுள் ளது. இது லேமினா குவாட்ரிஜெமினாவின் அடியில் காணப்படுகிறது. பான்சு மற்றும் முகுள மட்டத்தில் காணப்படும் இந்தக் கால்வாய்,



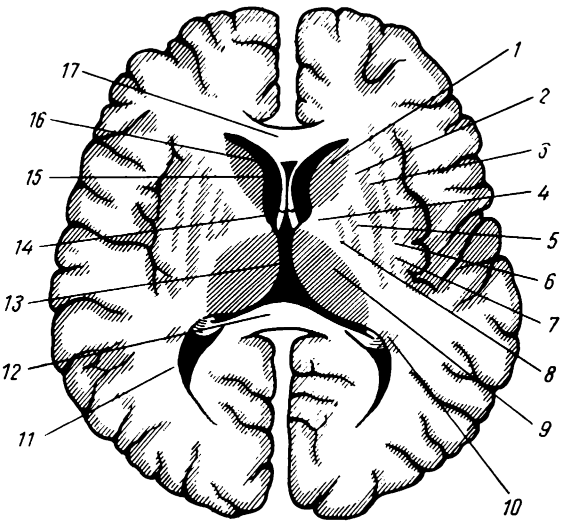
படம் 16. மூளையின் நடுக்கோடு வெட்டுப் பகுதி
1. பார்வை நரம்பு; 2. பெரு மூளை பெரு இணைப்பு; 3. நடுவிலகிய வெண்ட்ரிக்கிள் மூன்றாவது வெண்ட்ரிக்கிளுடன் தொடர்பு கொள்ளும் முகப்பு; 4. தலாமஸ்; 5. பீனியல் அங்கம்; 6. கார்ப்போரா கோவாட்ரிஜெமினா; 7. பெருமூளைக் காம்புகள்; 8. சிறுமூளை; 9. பான்சுவரோல்லி; 10. முகுளம்; 11. பெருமூளை ஹைபோபிசிஸ்

விரிவடைந்து 4வது வென்டிரிக்கிளாக அமைகிறது. 4வது வென்டிரிக்கிள் படிப்படியாக குறுகலடைந்து தண்டுவடத்தின் மத்திய கால்வாயாக மாறுகிறது (படம் 16, 17).

காரணிகளைக் கொண்டு மூளை உறை அழற்சியின் கீழ்கண்ட வகைகள் பிரிக்கப்படுகின்றன: மெனிங்கோகாக்கை, காசநோய், இரண்டாந்தர சீழ் கலந்தவகை, மற்றும் பல. இந்த நோய்கள் பெரும்பாலும் குழந்தைகளிடையே காணப்படுகின்றன.

மூளை உறை அழற்சியின் மருத்துவ வெளிப்பாடுகள் கீழ்க்கண்டவாறு இருக்கும்: 1. குமட்டலுடன் கூடிய தலைவலி, சிலபோது உணவு உட்கொள்வதுடன் தொடர்பற்ற வாந்தி. 2. கழுத்தின் விறைப்பு. 3. கெர்னிக் மற்றும் நோயின் அறிகுறிகள். 4. பலவீனமான நாடித் துடிப்பு. 5. பெரு மூளைத் தண்டுவட நீரில் அசாதாரண மாற்றங்கள். 6. மிகையான உடல் வெப்பம், மழுங்கிய சுயநினைவு.

மூளை உறை அழற்சியின் தீவிர நிலையில் நோயாளியின் தலை பின்னே சாய்ந்துள்ளது. அந்த நிலைகளின் போது தலையணையினுள் புதைந்து கிடக்கிறது. தலையை மடக்கி நாடியால் மார்பைத் தொட முடியாதநிலை. கால்களை மடக்கி தொடைகள் வயிரைத் தொட்டுக் கொண்டு ஒரு பக்கமாக நோயாளி படுத்துக் கிடக்கிறான். (படம் 18) முழங்கால் மூட்டுப் பகுதியில் கால்கள் மடங்கியிருப்பது

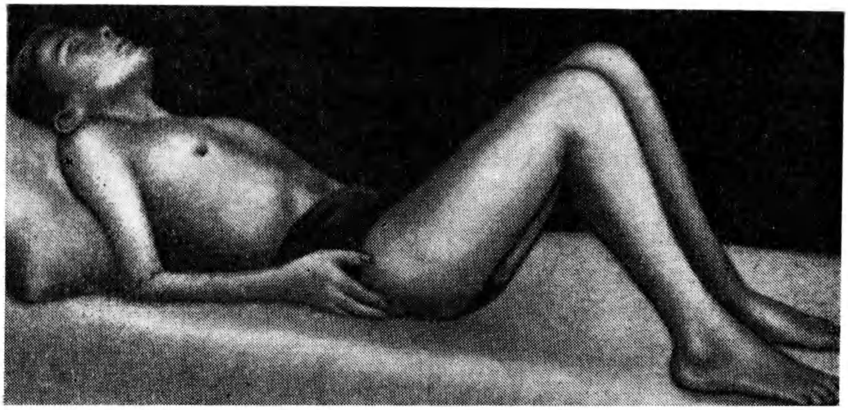


படம் 17. மூளையின் கிடைமட்டப் பகுதி
1, 10. காடேட் நூக்ளியஸ்; 2, 4, 8. உட்புற கேப்சுயூஸ்; 3. புடேமன்; 5. கிளாபஸ் பல்லிடஸ்; 6, 7. கிளாஸ்ட்ரம்; 9. தலாமஸ்; 11, 15. நடுவிலகிய வென்டிரிக்கிள்கள்; 12, 17. இணைப்பி; 13. 3வது வென்டிரிக்கிள்; 14. ஃபார்னிக்சின் கால்; 15. பெல்லூ கிடம் தடுப்புச் சுவர்

ஏனெனில் கால்களின் மடக்குத் தசைகளின் மிகையான விறைப்புத் தன்மையாகும். மல்லார்ந்து படுத்திருக்கும் நோயாளியின் முழங் காலை முழுமையாக நீட்ட முடியாது. இதுதான் கெர்னிகின் அறிகுறியாகும் (படம் 19). இங்கு கழுத்தின் விறைத்த நிலையும் காணப் படுகிறது. கழுத்தை மடக்கி நாடியால் (தாடையால்) மார்பைத் தொட முயற்சித்தால் முழங்கால் மடங்குகிறது. (நோயின் அறிகுறி)

பெருமூளை உறையினுள் காணப்படும் கபால நரம்புகளில் ஒன்றோ, பலவோ, அழற்சியால் பாதிக்கப்படலாம்.

மூளை உறை அழற்சியால் பெரும்பாலும் கண் தசை இயக்க (3வது கபால நரம்பு) நரம்பும், நடுவிலக்கும் அப்ட்யூசன் நரம்பும் (6வது கபால நரம்பு) பாதிக்கப்படுகின்றன. இதன் விளைவாக இமை தொங்கலும், இரட்டை பார்வையும் உண்டாகின்றன. நாக்கு மேற்தொண்டை மற்றும் வேகஸ் நரம்புகளின் நைவுகளால் குமிழ் செயலிழப்பு தோன்றுகிறது. ஏனெனில் குரல்வளை மற்றும் மேற் தொண்டைத் தசைகளுக்கு மேற்கூறிய நரம்புகளின் இழைகள் செல் வதால், அவற்றின் பாதிப்பின் போது விழுங்குவதில் சிரமம் மற்றும்



18. மூளை உறை அழற்சி கொண்ட நோயாளியின் நிலை; விறைத்த கழுத்து, மடங்கியுள்ள கால்கள்; குழிந்த வயிறு

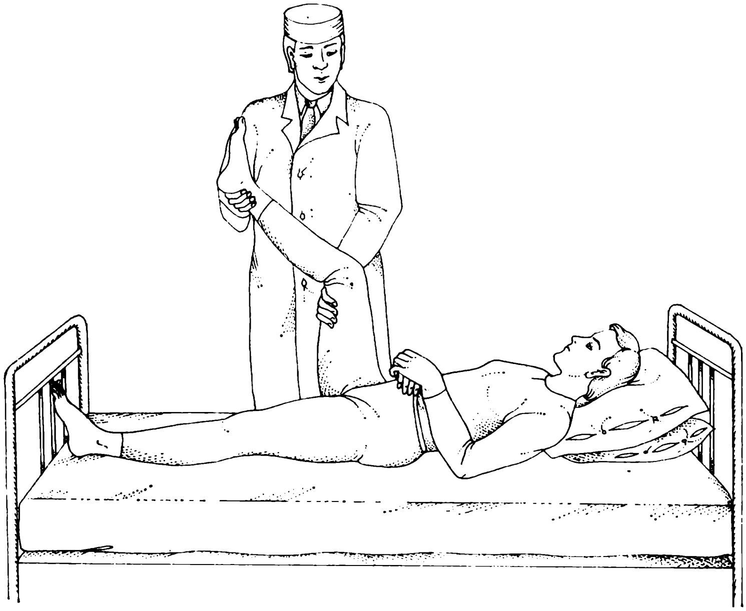
உளறும் பேச்சு ஆகியவை உண்டாகின்றன. திரவ உணவு மூக்கினுள் செல்கிறது. கட்டியான உணவை விழுங்க முடியாது, நோயாளி திணறுகிறான்.

இத்தகைய நிலைகளின் போது நோயாளியை உட்கார வைத்து திரவ உணவை ஊட்ட வேண்டும், விழுங்கவே முடியாத நிலை ஏற்பட்டால் மூக்கின் வழியாக கதீட்டரைச் செலுத்தியோ, குதத்தின் வழியாக போஷாக்கு இனீமா கொடுத்தோ, உணவூட்டம் அளிக்கலாம்.

அழற்சியால் முகுளத்தின் நூக்ளியஸ்கள் பாதிக்கப்பட்டால், மூச்சு விடுதலில் தடை ஏற்படுகிறது. இது உயிருக்கு ஆபத்தாக முடியலாம். இந்த நிலையில் இயந்திர உதவி கொண்டு செயற்கை முறை சுவாசம் அளிக்கலாம்.

நோய் நிர்ணயம் செய்யவும், சிகிச்சை செய்யவும், மூளை உறை அழற்சி நோயாளியின் பெரு மூளைத் தண்டுவட நீரை அகற்ற, தண்டுவடத்துளை அடிக்கடி செய்ய நேரிடுகிறது. வெளிப்படும் தண்டுவட நீர் மிகுந்த அழுத்தத்துடன் தாரையாகவோ, சொட்டுசொட்டாகவோ வெளிப்படுகிறது. அதில் மிகையாக புரதம், மற்றும் இரத்தம், வெள்ளணுக்கள்—அழற்சியின் வகையைப் பொறுத்து லிம்போ சைட்டுகளோ அல்லது நியூட்ரோபில்களோ—காணப்படுகின்றன. சிலபோது பெரு மூளைத் தண்டுவட நீரில் நோய்க் காரணியான கிருமிகளையும் (மைனிங்கோகாக்ஸ், காசநோய் இருமி, ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கஸ்) காண முடிகிறது.

பல்வேறு எதிர் உயிர் மருந்துகள் (பெனிசிலின், ஸ்ட்ரைப்டோ



படம் 19. கெர்னிகின் அறிகுறிக்கான பரிசோதனை

மைசின், மானோமைசீன், சிக்மாமைசீன் முதலியன) மூளை உறை அழற்சி சிகிச்சைக்காக பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

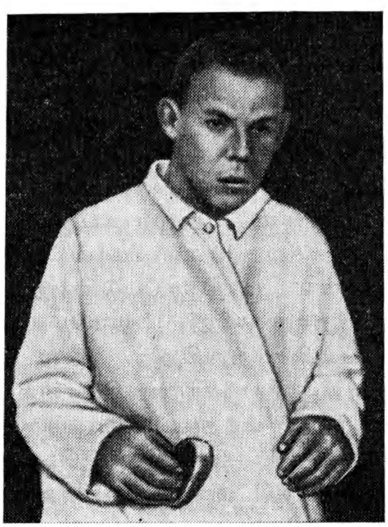
மூளை உறை அழற்சியில் இருந்து சீரடைந்த நோயாளிகளில் சிலர், இரண்டு பக்கமும் செவிட்டுத் தன்மை, மற்றும் கபால உட்நீர் தேக்கம், காக்காவலிப்பு தாக்குதல்கள், பலவீனமான மனப்போக்கு ஆகிய எஞ்சிய விளைவுகளால் பாதிக்கப்படுகின்றனர். இளம் குழந்தைகளிலும், வயது முதிர்ந்தவர்களிலும், மூளை உறை அழற்சி, ஒரு அதி தீவிரப் போக்கைப் பின்பற்றுகிறது.

எதிர் உயிர் மருந்துகள் தவிர, அறிகுறிகளுக்கான சிகிச்சையும் அளிக்கப்படுகிறது: தலைக்குக் குளிர்ந்த ஒத்தடங்கள், இருதய ஊக்குவிப்பு மருந்துகள், முதுகில் உறிஞ்சும் குவளைகள் பொருத்தப்படுதல், மலச்சிக்கலின் போது மலமிளக்கி மருந்துகள் அளிக்கப்படல், சிறுநீர் தேக்கத்தை கதீட்டர் உதவியால் அகற்றுதல்.

வார்டில் நல்ல காற்றோட்டம் இருக்க வேண்டும். படுக்கைப் புண்களைத் தவிர்ப்பது மிகவும் அவசியமாகும். வாயின் சுத்தமும் கண்காணிக்கப்பட வேண்டும். வாயின் சிலேட்டுமப் படலமும், பற்களும், ஈரப்பசையான பஞ்சால் சுத்தம் செய்யப்பட வேண்டும். திரவ உணவே பெரும்பாலும் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

நோய்க்காரணியைப் பொறுத்து மூளை அழற்சியின் வகைகள் பிரிக்கப்படுகின்றன. மூளையின் ஏதோ ஒரு பகுதியில் நிகழும் நோய்க்குறியியல் நிகழ்வு, நோயின் மருத்துவ வெளிப் பாட்டை நிர்ணயம் செய்கிறது. அபூர்வமாக, தட்டம்மையால் குழந்தைகளில் மூளை அழற்சி உண்டாகிறது. செயலிழப்புடன் சேர்ந்து மூளை உறை-மூளை அழற்சியும் உண்டாகிறது.

சான்றாக, மூளை அடிப்பகுதிகளில் (ஸ்டிரோயேட் அங்கங்கள், குளோபஸ்ப்பல்லிடஸ், சப்ஸ்டாண்ஷியா நைக்ரா) காணப்படும் அழற்சி நைவுகள் கொண்ட மூளை அழற்சியில் நாட்டப்பட்ட நிலையில் தசை விறைப்பும் காணப்படுகிறது. இத்தகைய நோயாளிகள் கைகளின் அசைவுகள் எதுவுமின்றி மெதுவாக நடக்கின்றனர். முக பாவங்களில் எந்தவித மாற்றங்களும் தெரிவதில்லை. பேசுவது சலிப்பு தரும் வகையில் போரடிக்கிறது. இந்த நோய்க்குறி தொகுதியை பார்க்கின்சோனிசம் என்கிறோம். (படம் 20) பெரிதும் விறைப்படைந்த தசைகளைக் கொண்ட நோயாளிக்கு உதவி தேவைப்படுகிறது. பார்வையிலேயே ஒரு இறக்கம் தென்படுகிறது. கண் கோளம் ஒரு பக்கமாக இழுக்கப்பட்டு அந்த நிலை பல மணிநேரங்கள் கூட நீடிக்கிறது.



படம் 20. பார்க்கின்சனிச நோயில் காணப்படும் தசைகளின் பொதுப்படையான விறைப்புத் தன்மை

கைகளின் இடைவிடாத ஒரே சீரான நடுக்கமும், தலையின் நடுக்கமும், இந்த நோயின் முக்கிய அறிகுறிகளாகும்.

பார்கின்சனிச எதிர் மருந்துகள் கொண்டு சிகிச்சை அளிக்கலாம். (டிரோபாசின் (டிரோபின் டைனினைல் அசிடேட்), சைக்லோடால்(டிரைஹெக்சிபினைடில் அல்லது ஆர்டேன்), எல். டோபா (டோபாலனின் அல்லது லீவோடோபா). முன்புற நடுவிலகிய தலாமஸ் நூக்ளியிசையோ அல்லது குளோபஸ் பல்லிடசையோ சிதைப்பதில்தான் அறுவை சிகிச்சை இருக்கிறது. இதன் மூலம் நல்ல விளைவுகள் கிடைக்கின்றன.

இளவேனில் கோடை கால உண்ணிவழி பரவும் மூளை அழற்சி நோயில் தண்டுவடத்தின் கழுத்துப் பகுதியிலும், முகுளத்தின் |இரு

பக்க இயக்க நூக்ளியஸ்களிலும் அழற்சி விளைவுகள் காணப்படு கின்றன. வைரஸால் பாதிக்கப்பட்ட உண்ணி, மனிதனைக் கடித்த இரண்டு வாரங்களுக்குப் பிறகு, திடீரென்று காய்ச்சல் உண்டா கிறது. தோள்பட்டை, மற்றும் கழுத்தின் தசைகள் தளர்ந்து செய லிழக்கின்றன. தலை, மார்பின் மீது தொங்கி விழுகிறது. மேற் கைகள், செயலிழந்து தொய்ந்து விழுகின்றன. (படம் 21)

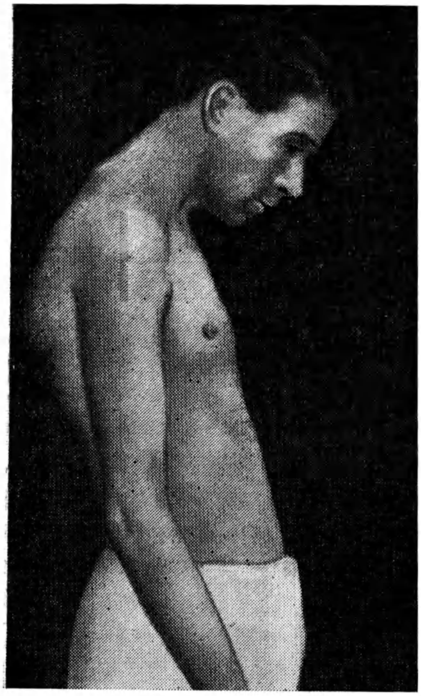
இத்தகைய கேசுகளில் கோசிவ்னிகோவின் காக்காவலிப்பு உண் டாகிறது. 1894ல் இந்நோயைப் பற்றி சோவியத் நரம்பு நோய் குறியியலுக்கு அடிக்கல் நாட்டிய அலக்சி யாகோவ்லெவிச் கோசிவ் னிகோவ் என்பவர் விவரித்ததால் இந்நோய்க்கு அன்னாரின் பெயர் இடப்பட்டது. குறிப்பிட்ட தசைக் கூட்டங்களில் இடைவிடாது காணப்படும் சுருக்கங்கள் நாளடைவில், பெரிய வகை காக்காவலிப் பாக மாறுகிறது.

சிகிச்சை. அதி தீவிர நிலையில், முதுகெலும்பிடையாகவோ அல் லது தசை வழியாகவோ 5—10 மி.லி அலகில் நோய் சீரடைந்த மனிதனின் இரத்த வடிநீரை தினமும் செலுத்தலாம். செயலிழப்பு உருவானால், நியோஸ்டிக்மின்மிதைல் சல்பேட்டை (0.05% கரை யத்தை 1 மி.லி அலகில் தினமும் இரண்டு வேளை) ஊசி மூலம் செலுத்தலாம்.

வைட்டமின் ''பி'' காம்பௌக்சும், கொடுக்கப்பட வேண்டும், சில நாட்கள் கழித்து மசகிடுதலும், உடற்பயிற்சியும் அளிக்கப்படு கின்றன. மூளை அழற்சி நோய் வைரசின் நுண்மங்கடத்திகளான காடுகளின் கொறிப்பனவற்றையும், உண்ணிகளையும் கட்டுப்படுத்து வதன் மூலம் இந்நோயைத் தடை செய்யலாம்.

முடக்குவாதவகை மூளை அழற்சியில், நோய்க்குறியியல் வெளிப் பாடுகள் புறணி அடி அமைப்புக்களில் காணப்படுகின்றன. **கொரியா மைனர்** எனப்படும் மிகையான அசாதாரண அசைவுகளுடன் இந்த நோய் வெளிப்படுகிறது. இந்நோயால், பள்ளிச் சிறுவர்கள், அடிக் கடி பாதிக்கப்படுகின்றனர். கட்டுப்படாத அசைவுகள், படிப்படியாக உருவாகின்றன. முதலில் வலிச்சம் காட்டுதல், இதைத் தொடர்ந்து மேற்கைகளின் துரித வீச்சு அசைவுகள் உண்டாகின்றன. பின்னர் உடற் தசைகளும், கால்களும் பாதிக்கப்படுகின்றன. இத்தகைய நோயாளிகள் சிரமத்துடன் நிற்கின்றனர், நடக்கின்றனர். சவைக்கும் தசைகள் மற்றும் குரல்வளைத் தசைகள், நாக்கு ஆகியவற்றின் மிகையான அசைவுகளால் விழுங்குவதும், பேசுவதும் பாதிக்கப்படு கிறது. சிலபோது நோயாளிகள், படுக்கையில் இருந்து தவறி விழுந்து விடுகின்றனர். மனக் கோளாறுகள் தோன்றுகின்றன. ஞாபகசக்தி யும் கூர்ந்த கவனமும் பாதிக்கப்படுகின்றன. நோயாளிகள் எளிதில் பயமடைகின்றனர். அசட்டையாக இருக்கின்றனர். ஒரு காரணமும் இன்றி அழவோ சிரிக்கவோ செய்கின்றனர். பெரும்பாலான கேசு

களில் முடக்குவாத எதிர் சிகிச்சை நல்ல பலன் அளிக்கிறது. சில போது நோய் மீண்டும் தோன்றலாம்.



படம் 21. இளவேனில்-கோடைக் கால மூளை அழுசிக்குப் பின் மேற்கை தசைகள் செயலிழக்கின்றன. கழுத்துத் தசைகள் சூம்பலால் தொங்குகின்ற தலை

சிகிச்சை. தீவிர நிலையின் போது பூரண ஓய்வு தேவை. 10% மக்னீசியம் சல்பேட் கரையம் 3—5 மி.லி அலகில் சிரை மூலம்கொடுக்கப்பட வேண்டும். புரோமைடுகள், மற்றும் சோடியம் சலிசிலேட், அசிடைல் சலிசிலிக் அமிலம், அமைடோபைமின், பீனோபார்பிடோன், ஹாலோபெரிடால் (ஹால்டால் அல்லது செரினேஸ்) போன்ற மருந்துகள், சுய இரத்த சிகிச்சை ஆகியவையும் பலன்அளிக்கின்றன. மிகையான கிளர்த்தல் நிலையில் இருக்கும் நோயாளிகளுக்கு குதவழி குளோரால் ஹைட்ரேட் இனிமா கொடுக்கலாம். அல்லது தசை வழியாக (ஊசி வழியாக) 0.5% டயசிபாம் (மிதைல் டயசிபினல்) 1மி.லி அலகில் கொடுக்கலாம். கொரியா நோயுடன்முடக்குவாத இருதய அழற்சியும் காணப்படுகிறது. மிகக் குறைந்த அளவிலான வியாதியில் கூட இருதய பாதிப்பின் அறிகுறிகள் முழுமையாக மறைந்த பின்னர் தான் குழந்தையை வெளியே நடமாட அனுமதிக்க வேண்டும்.

பரவலான (பலவகை) ஸ்கிளிரோசிஸ்

மூளைத் தண்டுவட அழற்சியின் பல வகைகளில் மிகவும் அதிகமாகக் காணப்படுவது **பரவலான (பலவகை) ஸ்கிளிரோசிஸ்** நிலையாகும். இளம் பிராயத்தினரே பெரிதும் பாதிக்கப்படுகின்றனர். தண்டுவடத்திலும், மூளையிலும் இங்குமங்குமாக பல பகுதிகளில் நைவுகள் காணப்படுவதால், மருத்துவ வெளிப்பாடும் பல வகையாக இருக்கிறது. கோபுரப்பாதைகள் மற்றும் தண்டுவடத்தையும் முகு

ளத்தையும் சிறு மூளையுடன் இணைக்கும் நரம்பிழைகள், ஆகியவை பெரிதும் பாதிக்கப்படுகின்றன. விறைப்பான செயலிழப்புடன் இந் நோய் துவங்குகிறது. கூபக உறுப்புக்களின் (சிறு நீர்த்தேக்கம்) பணிகளும் பாதிக்கப்படுகின்றன. கால் கைகளின் ஒழுங்கிணைந்த அசைவுகள் பாதிக்கப்படுகின்றன. இதனால் கால்கைகளின் அசைவு கள் அசிங்கமாக இருக்கின்றன.

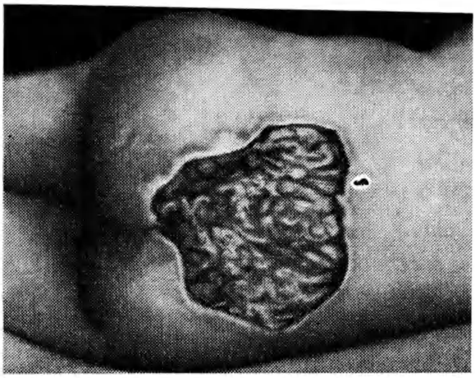
பரவலான ஸ்கிளிரோசிஸ் நோயில் தனித் தன்மையான அறிகுறி கள் பின்வருமாறு: விறைப்பான (சிறு மூளை சார்ந்த) நடை, கைகளின் அசைவுகளின் போதான அகோரம், உளறல் பேச்சு, விழி ஊசலாட்டம் (கண்கோளத்தின் கட்டுப்படாத துரித அசைவுகள்). குறுகிய காலத்திற்கு நோயின் அடங்கல் நிலை உண்டாகிறது. நாள டைவில் நோயின் அறிகுறிகள் மறைந்து நோயாளி சீரடைகிறான்.

கைகளின் ஒருங்கிணைந்த அசைவுகள் பெரிதும் பாதிக்கப்படுவ தால், கரண்டி கொண்டே நோயாளிக்கு உணவளிக்க வேண்டும், சிறுமூளை சார்ந்த நடையுடைய நோயாளிக்கு நடமாட உதவி அளிக்க வேண்டும். சிறு நீர்பிரிவதில் கோளாறு கொண்ட நோயாளி யைப்பராமரிப்பது பற்றி பின்னர் விவரிக்கப்படும்.

தண்டுவட அழற்சி

தண்டுவட அழற்சி பெரும்பாலும் தண்டுவடத்தின் மார்புப் பகு தியிலேயே காணப்படுகிறது. தண்டுவடத்தின் முழு விட்டமோ அல் லது பல பகுதிகளோ பாதிக்கப்படலாம். இந்நோயின் சிறப்புப் பண்பு களாவன: கால் தசைகளின் பலவீனம், விறைப்புத் தன்மை, மிகை யான அனிச்சை, அசாதாரண அனிச்சைகள் ஆகியவை தோன்று கின்றன. பாதிக்கப்பட்ட பகுதியின் மட்டத்திலிருந்து உணர்விழப்பு தோன்றுகிறது. அதைத் தொடர்ந்தே நரம்பிழை வலிகளும் உண் டாகின்றன. மலம் மற்றும் சிறு நீரின் தேக்கம், உணவூட்டம் சார்ந்த திசுக்கள் பாதிக்கப்படுவதால் குறுகிய காலத்திலேயே படுக்கைப் புண்கள் தோன்றுகின்றன. (படம் 22) தண்டுவடத்தின் கழுத்துப் பகுதியில் அழற்சிகுவியம் காணப்பட்டால், கை, கால்கள் நான்கும் செயல் இழக்கின்றன. கீழ் முதுகு திரிகப் பகுதியின் தண்டுவட அழற்சியின் போது கால்தசைகளின் தளர்ந்த செயல் இழப்பு தோன் றுவதுடன், சிறுநீர்பிரிவதும் கட்டுப்படுவதில்லை.

தண்டுவடத்தின் கீழ் முதுகு திரிகப் பகுதியில் உள்ள முன்புறக் கொம்புகளின் செல்களின் பாதிப்பால், மேற்கூறிய கோளாறுகள் தோன்றுகின்றன. கால்களுக்கான புற இயக்க நியூரான்கள், இந்த செல்களில் இருந்துதான் உருவாகின்றன. தண்டுவடத்திற்கும், சிறு நீர் பைக்கும் இடையில் உள்ள இணைப்புக்கள் பாழடைவதால் கட்டுக் கடங்காமல் சிறுநீர் பிரிகிறது.



படம் 22. திரிகப் பகுதியில் (குண்டி) தோன்றிய, மிகையாகப் பரவிய, ஆழமான படுக்கைப்புண்

வைரஸ்களால் உண்டாகும் தண்டுவட அழற்சி, துரிதமாக மோசமடைகிறது, தண்டுவட இரத்த நாளங்கள், கிரந்தி நோய் அழற்சியால், பாதிக்கப்பட்டால், இரத்த நாள அழற்சியும் தோன்றுகிறது. நாளத்தின் உட்சுவர் அழற்சியடைந்து, பருமன் அடைவதால் நாளம் குறுகலடைகிறது.

தொற்றும் தன்மை கொண்ட தண்டுவட அழற்சிக்கு சிகிச்சையாக 40% யூரோட்ரோபின் கரையம் சிரை வழியாகச் செலுத்தப்படுகிறது. தசை ஊசியாக பெனிசிலின் போன்ற எதிர் உயிர் மருந்துகள் அளிக்கப்பட வேண்டும்.

தீவிர நிலை குறைந்தவுடன், மசகிடுதல் மற்றும் உடற்பயிற்சிகள், குளியல்கள், ஆகியவை சிகிச்சையாக அளிக்கப்படுகின்றன. படுக்கைப் புண்களைத் தவிர்க்க சிறப்பு முறைகள் (ஏற்கெனவே குறிப்பிடப்பட்டுள்ளன) கையாளப்பட வேண்டும். மெதுவாக செயலிழப்பு உருவாகும்போது தண்டுவட அழற்சியை தண்டுவட புற்று நோய் கட்டியில் இருந்து பிரித்தறிய வேண்டும். பெருமூளைத் தண்டுவட நீரைப் பரிசோதித்து புரதத்திற்கும் செல்லுக்குமிடையேயான விகிதம் மாறுபட்டால் புற்று நோய்க்கட்டி என நோய் நிர்ணயம் செய்யலாம். அதாவது புரத அளவு அதிகரித்து செல்கள் சகஜ எண்ணிக்கையில் இருந்தால், நோய் நிர்ணயமாகி விடுகிறது.

காசநோயால் முள்ளெலும்பு அழற்சியடையும் போது தண்டுவடம் படிப்படிதாக அமுக்கப்படுகிறது. எக்ஸ்கதிர் படம் எடுத்தால், நோய் நிர்ணயம் எளிதாகிவிடுகிறது.

தண்டுவடம் சேதமடைந்தாலோ, அல்லது தண்டுவடத்தின் ஏதாவது பகுதியில் குருதிப்பெருக்கம் ஏற்பட்டாலோ தண்டுவட அழற்சி போன்ற அறிகுறிகள் தோன்றும். தண்டுவடம் தீவிரமாகச் சேதமடைந்தால் உணர்வுத் தன்மை இழந்து சிறுநீர் பிரிவதில் கோளாறு ஏற்பட்டு (அடக்க முடியாது பிரிதல் அல்லது சிறுநீர் தேக்கம்) இருந்தால் செயலிழப்பு தோன்றுகிறது. சிறு நீர்பையின் பணிகள் நீண்ட நாட்களாகப் பாதிக்கப்பட்டால், ப்யூபிக் எலும்புக்கு

மேலாகத் துளை போட்டு சிறுநீர் தாராளமாக வெளிப்படச் செய் தால் பல சிக்கல்களைத் தவிர்க்கலாம்.

இளம்பிள்ளைவாதம்

மத்திய நரம்பு மண்டலம் வைரசால் பாதிக்கப்படும்போது, இளம்பிள்ளைவாதம் உண்டாகிறது. (இளம்பிள்ளைவாதம் என்பது பொருத்தமற்ற சொல், ஏனெனில் இளம்பிள்ளைகள் மட்டுமின்றி வயது வந்தவர்களும் பாதிக்கப்படுகின்றனர். இளம்பிள்ளைவாதம் என்ற சொல் பல நாட்களாக பழக்கத்தில் இருப்பதால் அதையே கையாளுவது பொருத்தம். மொ-ர்) பெரும்பாலும் தண்டுவடத்தின் சாம்பல் பகுதி பாதிக்கப்படுகிறது. தனித்தனியாக, குறிப்பிட்ட சில பகுதிகளில் உள்ள முன்புறக் கொம்புகளின் செல்களில் அழற்சி தோன்றுகிறது.

குழந்தைகளிடையே பெரும்பாலும் இந்த நோய் காணப்படுவ தால் இதை இளம் பிள்ளை வாதம் என அழைக்கிறோம். இந்நோய் காய்ச்சலுடன் துவங்குகிறது. அசதி, வாந்தி, மலச்சிக்கல் அல்லது வயிற்றுப்போக்கு ஆகியவை தோன்றுகின்றன. பல மணிநேரங் களாக 39—40° செ ஆக உடல் வெப்பம் இருந்து பின்னர் சகஜ நிலை யை அடைகிறது. சில போது, அடுத்த 24 மணி நேரங்களில் முன் னதைப் போன்று இல்லாவிடினும் உடல் வெப்பம் உயருகிறது. பல கேசுகளில் தீவிர நிலையின் போது மிகையான பலவீனம் மற்றும் வியர்ப்பு, மூச்சுக் கிளைக் குழல், அழற்சி அறிகுறிகள், செம்புள்ளிக் காய்ச்சல் போன்ற சருமமாற்றங்கள், தாங்க முடியாத தலைவலி, தூக்க நிலை ஆகியவை அடிக்கடி தோன்றுகின்றன. அபூர்வமாக, காக்கா வலிப்பு தாக்குதல்களும் உண்டாகின்றன.

செயலிழப்புக்கு முந்திய நிலையில் காய்ச்சல் பலமணி நேரங்கள் முதல் பலநாட்கள் வரை நீடிக்கிறது. பெரு மூளைத் தண்டுவடநீரில் அழற்சிக்கான மாற்றங்கள் தெரிகின்றன.

நோயின் செயலிழப்பு நிலையில் கைகால்கள் பாதிக்கப்படுகின் றன. இத்துடன் வலியும் உண்டாகிறது. அபூர்வமான கேசுகளில் உணர்வறியும் தன்மை மட்டுப்படுகிறது. முன்புறக் கொம்புகளின் (தண்டுவடத்தை குறுக்கு வெட்டாக உருப்பெருக்கியில் பார்த்தால் பின்புறம் இரண்டு கொம்புகளும் முன்புறம் இரண்டு கொம்புகளும் காணப்படுகின்றன. மொ-ர்) செல்களில் அழற்சி மாற்றங்கள் காணப் படுகின்றன. இத்துடன் தசை இழைகளும் சூம்பி விடுகின்றன. முகு ளத்தின் செல்களும் பாதிக்கப்படுவதால், மூச்சுவிடல் மற்றும் இரு தயப் பணிகள் பெரிதும் சிக்கலடைகின்றன. தீவிர அழற்சி, சில நாட்களில் கட்டுப்படுகிறது. உடலின் மறு சீரமைப்பு துவங்குகிறது.

சில தசைகளின் செயலிழப்பு சீரடைகிறது. ஆனால் சில தசைகளின் செயலிழப்பில் எவ்வித மாற்றமும் இல்லை.

ஒரு தசைக்கு நரம்பூட்டம் கொடுக்கும் நரம்பு பாதிக்கப்பட்டால், அந்தத் தசை தானாகச் சுருங்கும் தன்மையை இழந்து சூம்புகிறது. சூம்பிய தசைகளுடன் கூடிய குழந்தையில் எலும்புகளின் வளர்ச்சியும் மட்டுப்படுகின்றன. இதனால் தான், இளம்பிள்ளைவாத நோயாளிகளுக்கு கால், மற்றும் கைதொடை, முன்கை அனைத்துமே தசைகளின் சூம்பலால் குட்டையாக இருக்கின்றன.

வீரியம் குறைந்த உயிருள்ள வைரஸ் கொண்ட தடுப்பு ஊசி, சோவியத் நாட்டிலுள்ள எல்லாக் குழந்தைகளுக்கு போடப்பட்டுள்ளதால், சோவியத் ரஷ்யாவில் இளம்பிள்ளைவாதம் கேசுகளே மிகவும் அபூர்வமாகக் காணப்படுகிறது.

மூளை மற்றும் தண்டுவடத்தின் புற்றுநோய்

மூளையின் புற்றுக் கட்டிகள் முதல் நிலை வகையாகவோ, பதிய வகையாகவோ இருக்கலாம். பதிய வகையில் எங்கோ அமைந்துள்ள புற்றுக் கட்டியில் இருந்து புற்று செல்கள் இரத்த ஓட்ட வழியாகவோ நிணநீர்நாள வழியாகவோ பரவுகின்றன. புற்றுக் கட்டி, பல்வேறு இடங்களில் காணப்படுவதால், அதன் மருத்துவ வெளிப்பாடும் மாறுபடுகிறது. மூளையின் புற்றுக் கட்டிகள், மெதுவாகவும் படிப்படியாகவும் வளருகின்றன. உட்கபால அழுத்தம் அதிகரிப்பதாலும், சிரை இரத்தம் தேக்கமடைவதாலும், பொதுப்படையான பெருமூளை சார்ந்த அறிகுறிகள், எல்லா கேசுகளிலும் தோன்றுகின்றன. தலைவலி, மற்றும் வாந்தி, பார்வை நரம்பில் குருதித் தேக்கம், உணர்விழந்த பிரமிப்பு, ஆகியவை அறிகுறிகளில் அடங்கும். மேலும் மூளையின் குறிப்பிட்ட ஒரு பகுதி பாதிக்கப்பட்டதற்கான அறிகுறிகளும் தோன்றுகின்றன. சான்றாக, முன்மடல் புற்றுநோயில் மிதமிஞ்சிய களிப்பு காணப்படுகிறது. அத்தகைய நோயாளிகள் காரணமின்றி கும்மாளம் போடுவர். நகைப்புக் கிடமான காரியங்களைச் செய்வர், சான்றாக, ஒரு நோயாளி தனது படுக்கையிலோ அல்லது வார்டின் மத்தியிலோ, சிறுநீர் கழிப்பர். பொட்டுமடலின் புற்றுக் கட்டியில் காக்கா வலிப்புத் தாக்குதல்கள் காணப்படுகின்றன.

புற்றுநோய்க் கட்டியை அகற்றுவதுதான், சிறந்த ஒரே சிகிச்சை முறையாகும். அறிகுறி சார்ந்த சிகிச்சையில் கதிர் வீச்சு சிகிச்சையும், வேதியிய சிகிச்சையும் அடங்கும்.

தண்டுவடக் கட்டிகளில் குவிமைய அறிகுறிகள் காணப்படுகின்றன. நரம்பு வழிவலி காணப்படுகிறது. பெரு மூளைத் தண்டுவட நீர் பரிசோதனை அதிகரித்துவரும் உணர்வு சார்ந்த மற்றும் இயக்கக் கோளாறுகள், நோய் நிர்ணயத்தில் உதவுகின்றன. மூளையின்

புற்றுநோய் இருக்கலாம் என ஐயம் கொண்ட எல்லா நோயாளி களும் மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட்டு அவர்களது நரம்பு மண்ட லம் முழுமையாகப் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும்.

கோபுரப்பாதைக் கடினமடைந்த தசைச் சூம்பல்

கோபுரப்பாதைக் கடினமடைந்த தசைச் சூம்பலில் (அமையோட் ரோபி என்றால் தசைச் சூம்பல்; லேடரல் என்றால் தண்டுவடத்தில் நடுவிலகிய பகுதியில் உள்ள கோபுரப்பாதை; ஸ்கிளிரோமீன் என் றால் கடினமடைந்த திசு. மொ-ர்) மற்றிய மற்றும் புற இயக்க நியூரான்கள் படிப்படியாக சிதைந்துபடுகின்றன.

இந்த நோயின் பெயரிலேயே, நைவுகள் காணப்படும் இடமும் உருவாகும் கோளாறுகளின் தன்மையும் காணப்படுகிறது. தண்டு வடத்தின் நடுவிலகிய பகுதியில் கோபுரப்பாதை செல்வதால், அதை நடுவிலகிய பாதை எனவும் அழைக்கலாம். (இப்பாதை பெருமூளை யிலும் தண்டுவடத்திலும் காணப்படுவதால் பெருமூளை தண்டுவ டப்பாதை எனவும் அழைக்கப்படுகிறது. மொ-ர்) முன்புறக் கொம்பு களில் செல்கள் சிதைந்து படுவதால், தசைகள் சூம்பிப் போவதா லும் இந்தப் பெயர் கொண்டுள்ளது. முன்புறக் கொம்பின் செல் களும், இழைகளும் சிதைந்து படுவதால், அவை கிளையா, மற்றும் இணைப்புத் திசுக்களால் நிரப்பப்படுகின்றன. அதனால் தான் அவை கடினமடைகின்றன. தண்டுவடத்தின் கழுத்துப் பகுதியின் கீழே மேற்கூறியவை துவங்குகின்றன. இத்தகைய கேசுகளில் மேற்கைத் தசைகளின் சூம்பிய செயலிழப்பும், கால்களின் விறைத்த செயலி ழப்பும் தோன்றுகின்றன. தண்டுவடத்தின் 8வது கழுத்துப் பகுதியும் முதலாவது மார்புப் பகுதியும் உள்ளங்கைத் தசைகளுக்கு நரம்பு ஊட்டம் அளிக்கின்றன. அதனால்தான் இத்தகைய நோயாளிகளில் உள்ளங்கைத் தசைகள் முதலில் சூம்பத் துவங்குகின்றன.

இந்தப் பாதிப்பு பரவி 9வது, 10வது, 12வது கபால நரம்பு நூக்ளியஸ்களைப் பாதிக்கும்போது குமிழ் செயலிழப்பு உருவாகிறது. இதன்போது விழுங்கப்படும் உணவு மூக்குவழியாக மூச்சுக்குழலினுட் செல்கின்றது. மூக்குவழியாகப் பேசுவது போன்ற நிலை ஏற்படு கிறது. உளறல் பேச்சு உண்டாகிறது, அல்லது பேசவே முடியாத நிலை உண்டாகிறது.

இத்தகைய கோளாறுகள் உள்ள ஒருவனால் தன்னைத்தானே பராமரித்துக்கொள்ள முடியாது. தனது பலவீனமான கைகளால் ஒரு கரண்டியைக்கூட அவனால் பிடிக்கமுடியாது. அவனை உட்கார அவனைப் பேச அனுமதிக்கக்கூடாது. சில தடவைகள் விழுங்கிய பின்னர், உணவூட்டம் சிறிது நேரம் நிறுத்தப்படவேண்டும், அப்

போதுதான் விழுங்குவதற்கான தசைகளுக்கு ஓய்வு கிடைக்கும்.

கோபுரப்பாதை கடினமடைந்த தசைச் சூம்பல், ஒரு பயங்கர மான வியாதியாகும். நோய் முன்கணிப்பு இயலாத ஒன்றாகும், குமிழ் செயலிழப்பின் விளைவாக மரணம் சம்பவிக்கிறது, இன்று வரை இந்த நோய்க்கான காரணம் தெரியவில்லை. அறிகுறிகளைப் பொறுத்தே சிகிச்சை அமைகிறது.

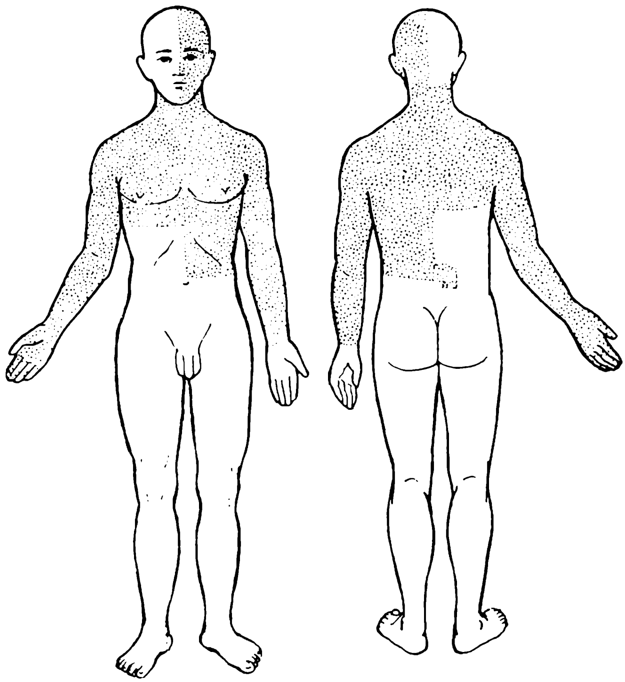
சிரிங்கோமையிலியா

தண்டுவட வியாதியான சிரிங்கோமையிலியா (அசாதாரண குழிவு கொண்ட தண்டுவடம்)வின் முக்கிய அறிகுறி, உணர்வுகளை அறிவது பாதிக்கப்படுவதேயாகும். இந்த வியாதி பல்லாண்டுகளாக நீடிக்கிறது. பல நாட்களுக்கு நோயாளி தனது சகஜமான பணிக ளைக் கவனிக்க முடிகிறது. சிரிங்கோமையிலியா என்பது ஒரு கிரேக்க சொல். **சிரிங்** என்றால் குழிவு அல்லது குழல் என்று பொருள், **மையிலோ** என்றால் தண்டுவடம் எனப் பொருள், தண்டுவடக்கால் வாயின் எண்டோதீலியமும், கிளையா வளர்ச்சியும் சிதைந்துபடுவ தால், இந்த வியாதியில் தண்டுவடத்தில் குழிவுகள் உண்டாகின்றன. தண்டுவடத்தின் விரிவடைந்த குழிவுகள், அருகேயுள்ள வலி மற்றும் தொடு உணர்வுகளைக் கடத்தும் நரம்புகளைச் சிதைக்கின்றன. இந்த நரம்புகள் தண்டுவடத்தின் மறுபக்கத்திற்கு குறுக்கு மறுக்கு மாகச் செல்கின்றன.

முன்புறக் கொம்புகளை எட்டும் இந்தக் குழிவு, தண்டுவடத்தின் கீழ்ப்புறக் கழுத்து மற்றும் மார்புப் பகுதிகளில் காணப்படுகிறது. மேற்கைத் தசைகளின் சூம்பல் மற்றும் மேலங்கி அல்லது அரை மேலங்கி போன்று வலி உணர்வு மற்றும் வெப்ப உணர்வு இழப்பு போன்றவை (படம் 23) இந்த நோயில் காணப்படுகிறது. தொடு உணர்வு இழக்கப்படுவதில்லை. மேற்கைகள் மற்றும் மார்பு, முதுகு ஆகியவற்றின் மீது ஊசி கொண்டு குத்தினாலோ தட்ப வெப்ப தூண்டல்களைச் செலுத்தினாலோ நோயாளி உணருவதில்லை.

மிகையாக சூடு போட்டால் கூட அந்த வலியை உணரமுடியாத படி அளவுக்கு வலி மற்றும் தட்ப வெப்ப உணர்வுகளை உணர முடியாத நிலையில் இருக்கிறான். திசுப் போஷாக்கும் பாதிக்கப்பட் டிருப்பதால், இந்த நைவுகள் படிப்படியாகவே சீரடைகின்றன. நோயாளியின் குளியலின் போது இதைக் கவனத்தில் கொள்ள வேண் டும் (மின்னூட்ட சிகிச்சை, வெப்ப ஒத்தடங்கள் கொடுக்கும்போது).

மேற்கைகளின் அப்பால் பகுதிகளில் காணப்படும் மாற்றங்களும் மூட்டுக்களின் உணவூட்டம் சார்ந்த மாற்றங்களும், மருத்துவ வெ ளிப்பாட்டை நிர்ணயிக்கின்றன. தண்டுவடத்தின் செல்கள் பாதிப்



படம் 23. முகத்திலும் ''மேலங்கி'' போன்றும் வலி மற்றும் வெப்ப உணர்வில் கோளாறுகள்

பதுடன், இது இணைந்துள்ளது. தண்டுவடத்தில் காணப்படும் குழிவு கள் சிலபோது கபால நரம்புகளின் நூக்ளியஸ்களையும் பாதிப்ப தால் குமிழ் கோளாறுகளும் உண்டாகின்றன.

சிகிச்சை. அறிகுறிகளைப் பொறுத்தே சிகிச்சையும் உள்ளது. தண்டுவடத்தின் பாதிக்கப்பட்ட பகுதிக்கு எக்ஸ்கதிர் வீச்சு ஓரளவு பலனளிக்கிறது.

நரம்பு தசை மண்டலத்தின் மரபுவழி சிதைவு நோய்கள்

வழிவழியாக வரும் மரபு வழி நோய்களின் பெரும்பகுதிகளில், தசைகளின் இடைவிடாத சூம்பலே முக்கிய அறிகுறியாகும். ''தசை யின் இடைவிடாத சூம்பல்'' நோயே அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. இது குழந்தைப் பருவத்தில் துவங்குகிறது. இடுப்பு மற்றும் தோள் பட்டை வளையத் தசைகளின் இடைவிடாத சூம்பல்தான் பிரதான அறிகுறியாகும். இதனால் தடுமாற்ற நடை (வாத்துப் போன்ற. மொ-ர்) உண்டாகிறது. சிறகுகள் போன்ற தோள்பட்டை எலும்பு

கள் துருத்திக் கொண்டு இருக்கின்றன. கீழ் முதுகு குழி வளைவு மிகையாகத் தெரிகிறது. சில கேசுகளில், கேஸ்ட்ரோக்னிமியஸ் தசைகளில் பொய்யான மிகை வளர்ச்சி இருக்கிறது. (தசைகளின் மிகை வளர்ச்சி கொழுப்புத் திசு அதிகமாக இருப்பதால்தான்). முதிர்ச்சியடைந்த கேசுகளில், நோயாளிகளால் தரையில் இருந்தோ நாற்காலியில் இருந்தோ, உதவியின்றி எழுந்திருக்க முடியாது. தாமாகவே எழுந்து நிற்க முயற்சித்தாலும் மிகுந்த சிரமத்துடன் தேவையற்ற அசைவுகளுடனும் எழுந்து நிற்கின்றனர். உதாரண மாக மல்லார்ந்த நிலையில் இருந்து எழுந்திருக்க முதலில் நோயாளி வயிற்றுப் புறமாகத் திரும்பி கைகளை முழங்கால்களின் மீது ஊன்றி எழுந்து நிற்கிறான். அதன்பின், கால்களை நீட்டி பின்னர் முதுகை செங்குத்து நிலைக்குக் கொண்டு வந்து எழுந்து நிற்கிறான்.

பொதுப்படையான ஊட்டச்சத்துடைய மருந்துகளும், எளிய உடற்பயிற்சிகளுமே சிகிச்சையாகும்.

பெருமூளை இரத்த சுழற்சியின் தீவிர கோளாறுகள் (திடீர் தாக்கு)

மூளைத் திசுவின் ஒரு குறிப்பிட்ட பகுதிக்கு இரத்த வினியோகம் குறைந்து விடுவதால் மூளையின் இரத்த சுழற்சி பாதிக்கப்பட்டு திடீர் தாக்குதல் உண்டாகிறது. பெருமூளை இரத்த நாளங்கள் கடினம டைவதாலோ அல்லது இரத்த மிகு அழுத்தம் இருப்பதாலோ சில ருக்கு திடீர் தாக்குதல் உண்டாகிறது. மனம் அல்லது தசை உளைச் சலைப் பின்பற்றி இந்நோய் உண்டாகிறது.

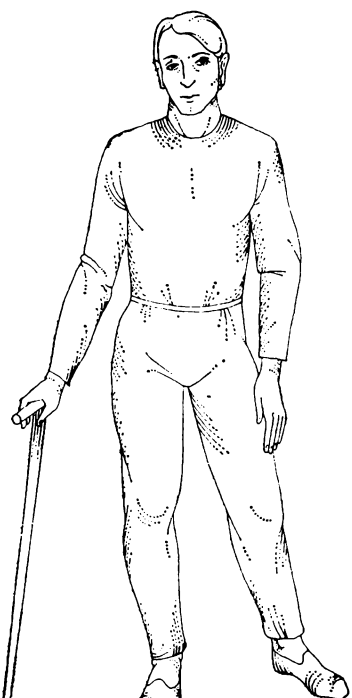
திடீர் தாக்குதலுக்கு முன்னர், சில நோயாளிகளுக்கு மண்டை கனமான உணர்வு மற்றும் தற்காலிக மயக்கம், பணியாற்றும் திறமை குறைதல் ஆகியவை உண்டாகின்றன. திடீர் தாக்குதல் குருதிப் பெருக்காலும் உண்டாகலாம், அல்லது இரத்த சுழற்சிக் குறைவதா லும் உண்டாகலாம்.

மூளையினுள் குருதிப் பெருக்கு ஏற்படுவதைத் தொடர்ந்து நினைவிழப்பு உண்டாகிறது. பெரும்பாலான கேசுகளில் முகம் நீலமடைகிறது. மூச்சுத் திணறல் உண்டாகி நாடித்துடிப்பு பலவீனம் அடைகிறது. உடல் வெப்பம் சகஜமாகவோ, அதிகரித்தோ இருக் கிறது. கண்ணின் பாவைகள் ஒளிக்கு பிரதிவினை புரிவதில்லை. கைகால் தசைகளின் விறைப்பு குறைகிறது. செயலிழந்த கைகால் களின் எதிர்புறமாக தலையும், கண்களும் திரும்பி உள்ளன. செய லிழந்த பகுதியின் மூக்கு—உதடு ஒட்டிய மடிப்பு மறைகிறது. ஒவ் வொரு தடவையும் வெளி மூச்சு திடப்படும்போது கன்னம் உப்புச மடைகிறது.

நல்ல சூழ்நிலையின் போது சில மணி நேரங்களில் அல்லது நாட் களில் நோயாளி வெளிப்புறத் தூண்டல்களுக்கு பிரதிவினை புரிகி

றான். குவிமைய அறிகுறிகளைக் கொண்டு குருதிப்பெருக்கு நிகழ்ந்த இடத்தை நிர்ணயிக்கலாம். பெரும்பாலும், குருதிப் பெருக்கு மூளையின் உட்புற கேப்சுயூலிலேயே நிகழ்கிறது. இதன் வழியாகத்தான் பிரதான இயக்க கடத்தியான கோபுரப் பாதையின் இழைகள் செல்கின்றன. இத்தகைய குருதிப் பெருக்கின் அறிகுறிகளாவன: பக்கவாதத்துடன் அதே பக்கமாகத் தசைகளும் செயலிழக்கின்றன. செயலிழந்த கால், கை தசைகளின் விறைப்பு அதிகரிக்கிறது. நாண் அனிச்சைகள் துரிதமாகச் செயல்படுகின்றன. அசாதாரண அனிச்சைகளும் தோன்றுகின்றன.

தண்டுவடத்தின் முன்புறக் கொம்புகளுடன் பெருமூளை அரைக் கோளங்களை இணைக்கும் கோபுரப்பாதை முகுளத்தின் கீழ் பகுதி



படம் 24. இடது புறப் பக்கவாதம். பக்கவாத நடை. தசைச் சுருக்கங்களால் செயலிழந்த கை, காலின் தோற்றம்

யில் குறுக்கு மடக்குமாகச் செல்கிறது. ஆகவே வலது கை பழக்கமுடையநபரில் பெரு மூளையின் வலது அரைக் கோளத்தில் குருதிப் பெருக்கு ஏற்பட்டால் இடது பக்கம் செயலிழக்கிறது. வலது கை

பழக்கமுடையவரிடம் வலது பக்க பக்கவாதம் தோன்றினால் பேச்சும் தடைபடுகிறது. ஏனெனில் பேசுவதற்கான புறணியின் பகுதிகளும் அங்கேயே இருக்கின்றன. இயக்க அல்லது உணர்வு பேச்சின்மை தோன்றுகிறது. இயக்கப் பேச்சின்மையில், நோயாளியிடம் பேசுவதை அவன் உணர்ந்து கொள்கிறான். ஆனால் அவனால் பதில் பேச முடிவதில்லை. ஆனால் உணர்வு சார்ந்த பேச்சின்மையில் அவனால் பேசவும் முடியாது. மற்றவர்கள் பேசுவதை உணரவும் முடியாது. பேசியதன் பொருளைத் தெரிந்து கொள்ள முடியாது. சுயகட்டுப்பாடு இல்லாததால் அவன் பேச்சு குளறுகிறது. சிலபோது அவன் பேசுவது எதையுமே புரிந்து கொள்ள முடியாது.

செயலிழந்த தசைகளின் மிகையான விறைப்பு ஒரே சீராக இருப்பதில்லை. மேற்கையில் மடக்கு தசைகளின் விறைப்பு அதிகமாக இருக்கிறது. முழங்கையில் கை மடங்கி உள்ளது. மணிக்கட்டும், கைவிரல்களும் இறுக்கமாக மூடியுள்ளன. இதற்கு மாறாக காலில் நீட்டு தசைகளின் விறைப்பு அதிகமாக இருப்பதால் கால் அளவிற்கு அதிகமாக நீளமாக இருப்பதுபோல் தோன்றுகிறது. நடக்கும்போது கட்டைவிரல் தரையைத் தொடாமலிருக்க பாதத்தைத் தூக்க பலமில்லாததால், நோயாளி தனது காலை ஒரு அரை வட்டமாகச் சுற்றி நடக்கிறான். (படம்24) இதைத்தான் **பக்கவாத நடை** என்பர். செயலிழந்த பகுதியில் வலி மற்றும் தட்ப வெப்பம் உணர்வு சீர் குலைந்துள்ளது. உட்புற கேப்சுயூலின் வழியாகச் செல்லும் சருமப் பகுப்பி இழைகள் பாதிக்கப்படுவதால், மேற்கூறியது நிகழ்கிறது.

24 மணி நேரத்திற்கு மேல் நீடித்த நினைவிழப்பு இருதய நடவடிக்கையின் கோளாறுகள், பாதிக்கப்பட்ட மூச்சு, மிகையான உடல் வெப்பம், வலிப்புத் தாக்குதல்கள், திரவத் தேக்கத்துடன் கூடிய நுரையீரல் அழற்சி, ஆகியவை அனைத்தும் நோயாளியின் நிலை மிகவும் ஆபத்தாக இருக்கிறது என்பதற்கு அறிகுறிகளாகும். நோயின் தீவிர நிலை குறைந்தவுடன் நினைவு திரும்ப வந்தவுடன் செயலிழந்த கைகால்களில் அசைவுகள் தோன்றுகின்றன. இரண்டு வாரங்களில் படுக்கையில் உட்கார, நோயாளி அனுமதிக்கப்படுகிறான். 2-3 வாரங்களில் எழுந்து நடமாடத் துவங்குகிறான். கைகளில் அசைவுகள் துவங்குகின்றன. படிப்படியாக பேச்சும் சீரடைகிறது.

சிகிச்சை. குருதிப் பெருக்கால் ஏற்பட்ட திடீர்தாக்குதலுக்குஆளான நோயாளியை நரம்பியல் துறையில் அனுமதித்து சிகிச்சை செய்ய வேண்டும். இது முடியாவிடில், வீட்டிலேயே சிகிச்சை அளிக்கலாம். தலை சிறிது உயர்த்தி வைக்கப்பட்டு நோயாளியை மல்லார்ந்த நிலையில் கிடத்த வேண்டும், குமிழ் ஒலியுடனும் உரத்த சப்தத்துடன் கூடிய மூச்சுவிடம் இருக்கும் போது நோயாளியை ஒரு பக்கமாகப் படுக்கை வைத்து வாயில் தேங்கியுள்ள உமிழ் நீரை வெளிப்

படுத்த வேண்டும். தலைக்கு குளிர் ஒத்தடம் கொடுக்கப்படுகிறது. பாதங்களுக்கு சுடுநீர் குவளையோ மின் ஒத்தடமோ அளிக்க வேண்டும். (கொப்புளப் புண் ஆகிவிடாமல் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும்).

நோயின் தீவிர நிலையின் போது இருதயப் பணிகள் கண்காணிக்கப்படுகின்றன. இரத்த அழுத்தம் மிகையாக இருந்தால் இரத்தம் அகற்றுதல் (150—200 மி.லி) கையாளப்படுகிறது. 40% குளுகோஸ் கரையம் 10 மி.லி அலகில் சிரை மூலம் செலுத்தப்படுகிறது. தசையினும் 25% மக்னீசியம் சல்பேட் 15 மி.லி அலகில் செலுத்தப்படுகிறது. மூளையில் நீர்த் தேக்கம் ஏற்படாமல் இருக்க இயோபைலின் கரையம் (அமினோபைலின்) (40% குளுகோஸ் 10 மி.லி 0.25 கிராம்) நோயின் துவக்கத்திலேயே சிரை மூலம் மெதுவாகச் செலுத்தப்பட வேண்டும். இயோபைலினை சப்பாசிட்டரியாக 0.3 கிராம் அலகில் தினமும் இரண்டு வேளையாகக் கொருக்கலாம்.

சுயநினைவில்லாத நோயாளியின் பொய்ப்பற்களை எடுத்து விட வேண்டும்.

சுயநினைவில்லாத நோயாளிக்கு வாய் மூலம் எந்த திரவத்தையும் கொடுக்கக்கூடாது ஏனெனில் திரவம், நுரையீரல்களுக்குச் சென்று விடலாம்.

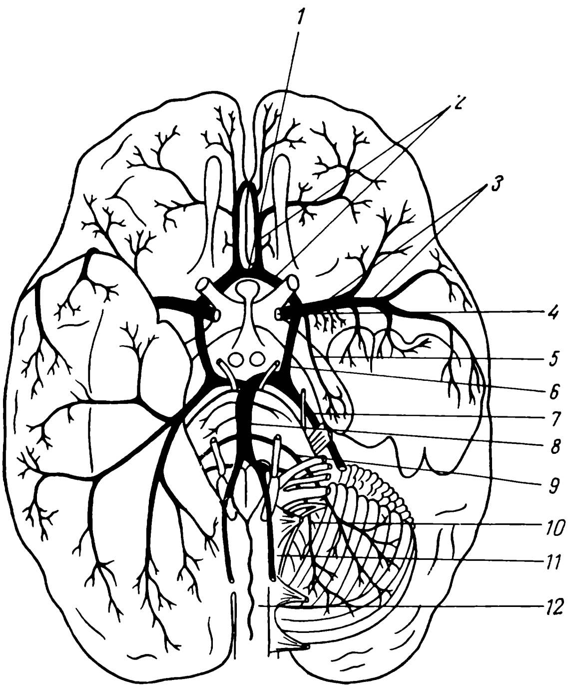
படுக்கைப் புண்களைத் தவிர்க்க ஆவன செய்ய வேண்டும். அடிக்கடி நோயாளியை படுக்கையில் புரட்டி எடுத்து முதுகிற்கு சூடன் கொண்ட ஸ்பிரிட்டை தடவ வேண்டும்; செயலிழந்த பகுதியின் பக்கமாக நோயாளி நீண்ட நேரம் படுத்திருக்கக் கூடாது. ஏனெனில் அந்தப் பக்கத்தில் இரத்த ஓட்டம் குறைவாக இருப்பதால், படுக்கைப் புண்கள் உண்டாக வாய்ப்புகள் உள்ளன. காற்றுக் கொண்ட ரப்பர் வளையங்கள் அல்லது காற்று நிரப்பிய மெத்தைகள் ஆகியவற்றின் மீது நோயாளி கிடத்தப்பட வேண்டும். மாவு போன்ற பஞ்சு வளையங்களைக் கால்களுக்குப் பொருத்த வேண்டும். நோயாளியின் சிறுநீர் பிரிவையும் கவனிக்க வேண்டும். சிறுநீர் தேக்கத்தின் போது சிறுநீர் பையில் இருந்து சிறுநீரை தினமும் 2—3 தடவைகள் கதீட்டர் கொண்டு அகற்ற வேண்டும்.

மலச்சிக்கலும் சீர் செய்யப்பட வேண்டும். திடீர் தாக்குதலைத் தொடர்ந்து ஒன்றிரண்டு நாட்களுக்கு இனிமா உதவியால் மலம் அகற்றப்பட வேண்டும், பின்பு சுயநினைவு வந்தவுடன் நோயாளிக்கு மலமிளக்கி மாத்திரைகள்—பக்தார்ன் அல்லது ருபார்ப் மாத்திரைகள்—கொடுக்கப்படலாம்.

அமைதிப்படுத்தும் மருந்துகளும் (வலிரியன், புரோமைடுகள், தூக்க மாத்திரைகள், அயோடின் மருந்துகள்) கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

செயலிழந்த கைகால்களை இயக்கச் செய்ய, அவற்றின் மூட்டுக்களை முனைப்பற்று அசைக்க வேண்டும். நோயின் 7வது அல்லது

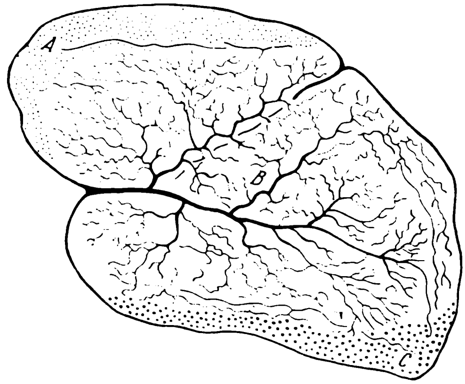
10 வது நாளிலிருந்து தினமும் 3—5 நிமிடங்கள் இயன் முறை சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும். இதனால் நோயாளி களைப்படைந்து விடக் கூடாது, பிறகு இலேசாக மசகிட வேண்டும், கைகால் இயக்கங்கள் மீண்டும் துவங்கியவுடன், முனைப்பான உடற்பயிற்சிகள் அளிக்க வேண்டும். பேச்சுப் பயிற்சியாளரின் உதவி கொண்டு பேச்சுப் பயிற்சி அளிக்க வேண்டும்.



படம் 25. மூளை அடித்தளத்தின் தமனிகள்
1. முன்புற பெருமூளை தமனி; 2. முன்புற இணைப்புத் தமனி; 3. மத்திய பெருமூளை தமனி; 4. புறணி அடி தமனிகள்; 5. நாளவலைப்பின்னலுக்கான தமனிகள்; 6. பின்புற இணைப்புத் தமனி; 7. பின்புற பெருமூளை தமனி; 8. அடித்தள தமனி; 9. முன்புற கீழ்ப்புற சிறு மூளைத் தமனி; 10. பின்புற கீழ்புற சிறுமூளைத் தமனி; 11. முதுகெலும்பு தமனி; 12. முன்புற தண்டு வட தமனி (இடது புறத்தில் சிறு மூளை அகற்றப்பட்டுள்ளது)

இரத்த ஓட்டத் தடையால் ஏற்பட்ட திடீர் தாக்குதலின் போது, மூளையில் ஒரு பகுதி மிருதுவடைகிறது. இதன் அடிப்படைக் காரணம் தமனி நாளம் கடினமடைவதே. இத்தகைய திடீர் தாக்குதல்

வயது] முதிர்ந்தவர்களிடமே உண்டாகிறது. குருதி நாள அடைப்பு, மத்திய பெருமூளை தமனியையே (உட்கழுத்து தமனியின் ஒருகிளை. படம் 25, 26) பெரும்பாலும் தாக்குகிறது. கழுத்தின் உட்கழுத்து தமனியும் பாதிக்கப்படலாம். அறுவை முறையால், அடைத்தகுருதிக் கட்டியை, பின்னர் அகற்றி விடலாம்.



படம் 26. மூளையின் பரப்பில் மத்திய பெருமூளை தமனியின் பல கிளைகள் A—முன்புற பெருமூளை தமனியின் பகுதி; B—மத்திய பெருமூளை தமனியின் பகுதி; C—பின்புற பெருமூளை தமனியின் பகுதி

இரத்த ஓட்டக் குறைவால் ஏற்படும் திடீர் தாக்குதலுக்கும், குருதி நாள அடைப்புத் தாக்குதலுக்கும் வேறுபாடு உண்டு. பலமணி நேரங்களில் வியாதி படிப்படியாக அதிகரிக்கிறது, முதலில் நோயாளிக்கு இடைவிடாத தலைவலியும் மயக்கமும் உண்டாகிறது. முகம் வெளிறி விடுகிறது. இரத்த அழுத்தம் குறைகிறது. குவிமைய அறிகுறிகள்—ஒரு பக்க பலவீனம், பேச்சில் கோளாறுகள்—படிப் படியாகத் தோன்றுகின்றன. நோயாளி சுய நினைவுடன் இருக்கிறான், அல்லது தூக்க நிலையில் இருக்கிறான்.

இரத்த உறைவு நேரம் அதிகரிக்கிறது. இதன்போது 10 மி.லி குளுகோசுடன் 24% இயோபைலின் திரவத்தை 10 மி.லி அலகில் சிரை மூலம் செலுத்த வேண்டும். இருதய ஊக்குவிப்பிகளான கார்டியாமைனை (நிகதமைட்) 10% 1 மி.லி அலகில் கொடுக்க வேண்டும், அல்லது 1—2 மி.லி காஃபீன், இரத்த எதிர் உறை மருந்துகள் (தசை ஊசியாக ஹெபாரினை 10,000—15,000 அலகுகளில்செலுத்தலாம்), ஃபைப்ரினோலைசின் ஊசி மருந்துகள், வாய் மூலம் நியோடிகோமரின் (ஈதைல் பிஸ்குவோமோ அசிடேட்) மருந்தும் அளிக்கப்படுகிறது.

இரத்த எதிர் உறை மருந்து சிகிச்சை உள நோயாளிகளுக்கே அளிக்கப்பட வேண்டும். இரத்த உறைவுக்குத் தினமும் பரிசோதனைகள் செய்யப்பட வேண்டும். முடக்கு வாதக் காரணத்தால் நாள அழற்சி அல்லது இருதய உள்ளுரை அழற்சி கொண்ட நோயாளிகள், பெருமூளை இரத்த நாளக் கோளாறுகளால் பாதிக்கப்படலாம். இங்கு முன்னறிவிப்பு எதுவும் இன்றியே நோயின் அறிகுறிகள் தோன்று

கின்றன. முதலில் வலிப்பு தாக்குதல்கள் தோன்றி பக்கவாதம் மற்றும் பேச்சின்மை ஆகியவையும் உண்டாகின்றன. குருதிப் பெருக்கு திடீர் தாக்குதல் நோயாளிக்கு அளிக்கப்படும் சிகிச்சையே இங்கும் பொருந்தும்.

பெருமூளை மற்றும் கபாலம், தண்டுவட காயங்கள்

சருமம் சிதைக்கப்பட்டு ஏற்பட்ட மூளைக் காயம், கபால எலும்புகளின் முறிவுகள், பெருமூளைக் கபாலக் காயங்கள் இதில் அடங்கும். காயத்தின் தன்மையைப் பொறுத்து அக்காயங்களை ஊமைக் காயம் மற்றும் அதிர்ச்சிக் காயம், அழுத்தக் காயம் எனப் பிரிக்கின்றனர்.

பெருமூளைக்குள்ளே குருதிப் பெருக்கம் உண்டாகும்போது— ட்யூரா உறை அடியில் இரத்த உறைக் கட்டி இருக்கும்போது— உடனடியாக அறுவை சிகிச்சை அவசியமாகிறது.

மூளையின் ஊமைக் காயத்தின் போது, அடிபட்ட இடத்தைக் பொறுத்து, சிதைந்த மூளைத் திசுவைப் பொறுத்து, குவிமைய அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன.

அதிர்ச்சிக் காயமடைந்த நோயாளி அடிபட்ட உடன் நினைவிழக்கிறான். இந்த நினைவிழப்பு இரண்டு மூன்று நிமிடங்கள் இருந்து பல மணி நேரங்கள் நீடிக்கின்றன. இத்துடன் தலைவலி, மற்றும் மயக்கம், குமட்டல் வாந்தி ஆகியவையும் உண்டாகின்றன. மேற் கூறிய அறிகுறிகளைத் தவிர மீண்டும் மீண்டும் வாந்தியும், பலவீனமான நாடித் துடிப்பும், (ஒரு நிமிடத்திற்கு 48) கெர்னிக்கின் அறிகுறியும், கழுத்தின் விறைப்பும், காணப்படுகின்றன.

நினைவு திரும்பியவுடன் அடிபடுவதற்கு முன்புநிகழ்ந்தவை நினைவில் இருப்பதில்லை. எவ்விதம் மருத்துவமனையில் வந்து சேர்ந்தான் என்பதும் தெரியாது. தனது பெயர் மற்றும் தந்தையின் பெயர், அவனது முகவரி, பணியிடம் போன்றவை கூட அவனுக்கு மறந்து விடுகிறது. இந்த நிகழ்வை **பின்சென்ற ஞாபகமறதி** என்கிறோம். குறைந்த அளவிலான அதிர்ச்சிக் காயம் , முழுமையாகச் சீரடைகிறது.

மூளையின் ஊமைக் காயத்தின் பின் ஏதாவது ஒரு அறிகுறி (தலைவலி, மயக்கம்) போன்றவை பல நாட்கள் நீடித்திருக்கலாம். மூளைக் காயத்தின் அதிதீவிர நிலையில் போது, நுகர் உணர்வு இழக்கப்பட்டிருந்தால், அது நெடு நாட்களாக நீடிக்கிறது.

சில போது மூளைக் காயத்தின் விளைவாக தீவிர உள நோய் உண்டாகிறது. முழுமையாக நினைவிழந்த நிலைக்குப் பின்னர் (சில மணி நேரங்களில் இருந்து 2—3 நாட்கள் வரை) ஏற்கெனவே மதுப் பழக்கத்திற்கு அடிமைப்பட்டிருந்த நோயாளி, பதற்ற நிலையடை

கிறான். பார்வை மற்றும் கேள்விப் புலன் சார்ந்த மனமருட்சி உண்டாகிறது. பிரதானமான ஆனால் அறிவுக் கொவ்வாத போலி நம்பிக்கைகள் வற்றாத பேச்சு இயக்கக் கிளர்த்தல் ஆகியவையும் காணப்படுகின்றன. அதிபயங்கர சேதாரத்தின் போது மூளையின் இன்றியமையாத பகுதிகள் பாதிக்கப்படுவதால், நோயாளி நினைவு திரும்பாமலேயே இறந்து விடுகிறான்.

ஒரு காயத்தின்பின் பல நாட்கள் கழித்து எஞ்சிய நிகழ்வு ஒன்று தோன்றுகிறது. இதில் சேர்ந்த நிலை, மனத்தளர்ச்சி, பொதுவான பலவீனம், உணர்ச்சிவசப்பட்ட ஸ்திரமற்ற தன்மை, காரணமின்றி அழுகை, சிடுசிடுமனப் போக்கு, கடுஞ்சீற்றம் ஆகியவை காணப்படுகின்றன. நிலையற்ற இரத்த நாள நிலை, மிகையான வியர்வை சுரப்பு மீண்டும் தோன்றும் நான் அனிச்சைகள் ஆகியவை காணப்படுகின்றன.

ஒருவனது நடத்தையிலும் பெருமூளைக் கபால காயங்களின் பின்னர், மாற்றங்கள் ஏற்படலாம். அவை பின்வருமாறு: தான் என்ற அகம்பாவம், கட்டுக்கடங்காத உணர்ச்சிகள் வசியத்திற்கு ஆட்பட்ட நிலை, குறைந்த துணிவாற்றல்.

சிகிச்சை. தீவிர நிலையின் போது பூரண ஓய்வு, தலைக்குக் குளிர் ஒத்தடம் ஆகியவை பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. கிளர்த்தலின் போதோ, தூக்கமின்மையின் போதோ, கீழ்க்கண்டவை கொடுக்கப்படலாம்: வாய் வழியாக (0.005 கிராம் அலகில்) டயசிபாம், 0.5% கரையமாக தசை ஊசியாக 1—2 மி.லி அலகில், புரோமைன் மருந்துகள், 0.05—1 கிராம் அலகில் பினோபார்பிடோன், கார்டியமைன் மற்றும் காம்பர், காபீன் போன்றவை தசை ஊசியாக இருதய பலவீனத்திற்குக் கொடுக்கலாம். உட்கபால அழுத்தம் அதிகரித்தால் முதுகெலும்புத் துளையின் மூலம் பெருமூளைத் தண்டு வட நீரை அகற்றுதல்; 10% சோடியம் குளோரைடு கரையத்தை 30 மி.லி அலகில் சிரை மூலம் உட் செலுத்தலாம். தசை ஊசியாக மெர்குசால் (மெர்சலைல்—0.5 மி.லி) நோவுரிட் (மெர்குரோபைலன்) (1—2 மி.லி) ஃப்ரோசமைட் (1 மி.லி). எனிமாக்களும் (250 மி.லி தண்ணீரில் 75 கிராம் மக்னீசியம் சல்பேட்) கொடுக்கப்படலாம்.

காயத்திற்குப் பின்னான நிலையான சிக்கல்களையும் நிரந்தரமான தலைவலியையும் தவிர்க்க நீண்ட கால (3—4 வாரங்கள்) ஓய்வுக்குப் பின்னர் படிப்படியாக எழுந்து நடமாடுவது மிகவும் முக்கியமாகும்.

இத்தகைய நோயாளிகளின் சிகிச்சையின் போது அவர்களுக்கு ஏதாவது ஒரு வேலையைக் கொடுப்பது நல்லது. உளஞ்சார்ந்த சிகிச்சை அளித்தாலும், சகஜ நிலையை அடைந்து நோயாளி நலமடைகிறான்.

குழந்தைப் பருவத்தில் ஏற்படும் பெருமூளை கபாலச் சேதம், எளிதாகவே சீரடைகிறது. ஏனெனில் குழந்தைகளில் அரக்னாய்டு

அடிப்பகுதிகள் பெரிதாக இருக்கின்றன. இதை நிரப்பும் பெருமூளைத் தண்டுவட நீர், காயங்களில் இருந்து மூளையைக் காப்பாற்றும் ஒரு அடிதாங்கியாக பணிபுரிகிறது. குழந்தையின் நிலை மிகவும் திருப்திகரமாக இருந்த போதிலும் கூட, டாக்டரின் கண்காணிப்பில் 10—14 நாட்கள் இருக்க வேண்டும்.

தண்டுவடம் சேதமடையும் போது முதுகெலும்பும் சேதம் அடைந்து முள்ளெலும்புகளின் உடலோ, வளைவுகளோ எலும்பு முறிவுக்கு உள்ளாகலாம். சேதமடைந்த இடத்தைப் பொறுத்து கைகால்களின் செயலிழப்போ, கால்களின் செயலிழப்பு மட்டுமே நிகழலாம். இதன் மருத்துவ வெளிப்பாடு, தண்டு வட அழற்சி போன்றே இருக்கும். நரம்பு அறுவைச் சிகிச்சை, தேவைப்பட்டால் கொடுக்கப்படும்.

வளர்ச்சி மற்றும் போஷாக்கு சார்ந்த நரம்பு மண்டல நைவுகள்

தண்டுவடம், மற்றும் மூளை ஆகியவற்றின் விதாயிகளின் போது வளர்ச்சி, மற்றும் போஷாக்குப் பணிகளும் சீர்கேடடைகின்றன. (அசாதாரண வியர்ப்பு, பார்க்கின்சோனிச வியாதியில் மிகையான உமிழ்நீர் சுரப்பு, சிரிங்கோமையிலியா மற்றும் டேபீஸ் டார்சாலிஸ், தண்டுவட நைவுகள் ஆகியவற்றில் தோன்றும் மூட்டு அழற்சி) இது தவிர வளர்ச்சி மற்றும் போஷாக்கு நரம்பு மண்டல பாதிப்புகள், தனித்தனியாகவும் உண்டாகலாம். இதற்குச் சான்றுகள் பின்வருமாறு: அர்டிகேரியாவில் தோன்றும் ஒவ்வாமைப் பிரதிவினைகள், குவிங்கியின் தல வீக்கம், ஆன்ஜியோ நியூராடிக் வீக்கம், இங்கு வீக்கம் திடீரென்று உண்டாகிறது. சருமம் வெளிறிக் காணப்படுகிறது. வீக்கத்தை அமுக்கினால் குழி விழுவதில்லை. சில போது இரைப்பை மற்றும் குரல்வளை, மேற்தொண்டை ஆகியவற்றின் சிலேட்டுமப் படலமும் வீங்கிக் காணப்படுகிறது. ரேனாடின் வியாதியில் விரல்களுக்குச் செல்லும் தமனியின் சுருக்கம் ஏற்படுகிறது. சிரைகளும் பாதிக்கப்பட்டால் வெளிறிய சருமத்துடன் சயனோசிசும் காணப்படுகிறது. இவற்றுடன் சேர்ந்து பாரஸ்தீசியாவும் (அரிப்பு, எறும்பு ஊர்வது போன்ற உணர்ச்சி எரிச்சலுணர்வு). சிகிச்சை, அறிகுறியைப் பொறுத்தே உள்ளது. அவையாவன: பேகிகார்பைன் (0.1—0.15 கிராம் அலகில் தினமுமாக ஒரு மாதத்திற்கு மேலாக) பாபாவெரைன் (0.02 கிராம் அலகில்) சுப்ராஸ்டின் (குளோரோபைரமின்) (0.025 கிராம் அலகில்) சருமம் சிவப்படையும் வரையிலான புற ஊதா கதிர் வீச்சு, வெப்பக் குளியல்கள்.

வளர்ச்சி மற்றும் போஷாக்கு சார்ந்த மண்டலத்தின் ஒரு புதிரான நைவுதான் மைக்ரைன் என்பதாகும். (ஒரு பக்கத் தலைவலி) இங்கு, தலையின் ஒரு பக்கத்தில் வலி உண்டாகிறது. இதைத்

தொடர்ந்து முகம் வீங்குகிறது. சிலேட்டுமப்படலமும் வீங்குகிறது. குமட்டல், சிலபோது வாந்தி, தாக்குதல்கள் அடிக்கடி தோன்று வதும், நீடிக்கும் நேரமும், பெரிதும் வேறுபடுகிறது. (சில மணி நேரங்களில் இருந்து சில நாட்கள் வரை)

சில கேசுகளில் தலைக்கு அளிக்கப்படும் குளிர் ஒத்தடம் நிவார ணம் அளிக்கிறது. சில கேசுகளில் குளிர் ஒத்தடம் வலியை அதிக மாக்குகிறது. இங்கு வெப்ப ஒத்தடங்கள் கொடுக்க வேண்டும். சில நோயாளிகளுக்கு அட்ரினலினோ அல்லது அட்ரபினோ அளித்தால் நிவாரணம் கிடைக்கிறது.

தலாமசுக்கு அடியிலான பகுதிகளின் நைவுகள் தான் அடிக்கடி உண்டாகின்றன. மூன்றாவது வென்டிரிக்கிளின் அடித்தளத்திலும், சுவர்களிலும் வளர்ச்சி மற்றும் போஷாக்கு சார்ந்த நூக்ளியசுகள் காணப்படுகின்றன. இவற்றின் பணிகள்: தண்ணீர், மற்றும் கொழுப்பு தாது உப்புக்கள், ஆகியவற்றின் வளர்சிதை மாற்றத் தையும் உடல் வெப்பம், இரத்த அழுத்தம், உறக்கம், விழித்திருத் தல் ஆகியவற்றையும் கட்டுப்படுத்துகின்றன. மூளைத் தண்டின் வலை போன்ற அமைப்பு தலாமஸ் அடிப்பகுதிகளின் பணியுடன் இணைந்துள்ளது. இத்தகைய பணிகளின் திடீர் திடீரென்று தோன்று கின்ற அல்லது நாட்டப்பட்ட கோளாறுகளை ஹைபோதலாமசின் அல்லது டையன்செபாலசின் நோய்க்குறித்தொகுதி என அழைக் கிறோம். நோயின் காரணியைப் பொறுத்து சிகிச்சை அமைகிறது. தாக்குதல்கள், பரிவு நரம்பு மண்டலத்தின் அல்லது துணைப் பரிவு மண்டலத்தின் மிகையான பணியால் உண்டாகலாம். இதைத் தொடர்ந்து காரணமில்லாத ஒரு பீதி உண்டாகிறது. தாக்குதலின் போது நோயாளியின் அருகில் செவிலியர் இருக்க வேண்டும். நோயா ளிக்கு நிவாரணம் அளிக்க ஆவன செய்ய வேண்டும். குழந்தைக ளிலும், தலாமஸ் அடிப்பகுதிகள் பாதிக்கப்படலாம். அப்போது அபரிமிதமான தாகமும், அகோரப்பசியும் கொழுத்துப் போதலும் உண்டாகிறது.

திடீரென்று மயங்கிவிழுவதும், காதுகளில் இரைச்சலும், குமட்ட லும் மயக்கமும், நினைவிழப்பும் தோன்றுகின்றன. சருமம் வெளிறி விடுகிறது. கைகால்கள் குளிர்ந்து விடுகின்றன. நாடித் துடிப்பு பொது வாகவும் பலவீனமாகவும் உள்ளது. திடீர் மயக்கம் ஒரு சில நிமிடங் கள் நீடிக்கின்றன. திடீர் மயக்கத்திற்கு முக்கியமான காரணம் இரத்த ஓட்டக் குறைவேயாகும்.

திடீர் மயக்கத்திற்கான முதலுதவிகள்: கழுத்து அங்கியும், இடை வாரும் தளர்த்தப்படுகிறது. கால்கள் உயர்த்தப்படுகின்றன. நோயா ளிக்கு முகர அக்மோனிய ஸ்பிரிட் கொடுக்கப்படுகிறது.

III. பொதுவான உள நோய் இயல்

அதிதீவிர நரம்பு நடவடிக்கை, அதன் சீர்கேட்டுக்கான அறிகுறிகள் பற்றிய விளக்கம்

தூண்டல், அடங்கல் எனப்படும் இரண்டு நிகழ்வுகளின் ஒருங்கிணைந்த பணி, பிரிக்கப்பட முடியாத ஒன்றாகும், ஒவ்வாரு செல்லிலும், ஒவ்வொரு நரம்பிழையிலும் இடைவிடாது இவை நடைபெற்றுக் கொண்டிருக்கின்றன. இவை தான் நரம்பு நடவடிக்கைகளின் உடல் இயங்கு அடிக்கல்லாக அமைகின்றன. பகுப்பியின் பெருமூளை நுனியைத் தூண்டினால் அதற்கேற்ற உணர்வு ஊக்குவிக்கப்படுகிறது. சுற்றுப் புறப் பொருட்களின் தன்மைகள் பிரதிபலிக்கின்றன. சுற்றுப் புறத்தை பற்றிய அறிவு, உணரும் ஆற்றுலுடன் துவங்குகிறது.

பகுப்பியின் பெருமூளை நுனியில் எழும் தூண்டல், பெருமூளை அரைக் கோள புறணி வழியாகப் பரவுகிறது. பகுப்பிகளின் செய்களை இணைக்கும் ஏற்கெனவே பழகிய பாதைகள் வழியாக தூண்டல், தெளிவு படுத்தும் நியதிப்படி பரவுகிறது. இதன் மூலம் முந்தைய அனுபவங்கள், முன்னைய அறிவுத் தெளிவு, முன்னரே பார்த்த பொருள்களின் கற்பனை உருவம் ஆகியவை தெரிகின்றன. முந்தைய கருத்துக்களும் உணர்வும் சேர்ந்து அறிவுத் தெளிவாகப் பரிணமிக்கிறது. மூளையின் ஒருங்கிணைந்த நடவடிக்கை, சிக்கலான பகுப்பாய்வு ஆகியவற்றில் இருந்து சுற்றுப் புற பொருட்களின் ஒருங்கிணைந்த பிரதிபலிப்பு உண்டாகிறது.

விழித்திருக்கும் நிலையில் உள்ள ஒருவனது பெரு மூளைப் புறணி, சுற்றுப் புறப் பொருள்களை தெரிந்திருப்பது மட்டுமின்றி, தான் ஒரு சமூகத்தின் உறுப்பினன், ஒரு குறிப்பிட்ட நாட்டில் வசிப்பவன், குறிப்பிட்ட தொழில் தனக்கு உண்டு, போதிய அறிவும் இருக்கிறது எனவும் தெரியப்படுத்துகிறது.

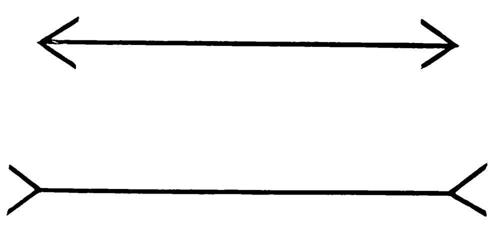
உணரும் ஆற்றலின் கோளாறுகள்

மூளை நடவடிக்கையின் ஒருங்கிணைக்கும், பகுத்தாயும் பணி பாதிக்கப்படுவதால் உணரும் ஆற்றலில் கோளாறுகள் தோன்று

கின்றன. இவற்றைவே மாயத் தோற்றம் என்றும், மனமருட்சி என்று கூறுகிறோம்.

மாயத் தோற்றம் என்பது ஏற்கெனவே இருந்த தூண்டலை தவறாகப் புரிந்து கொள்வதால் விளைவதாகும். (படம் 27) பார்வை மற்றும் செவிப் புலன், நுகர்வு சார்ந்த மாயத் தோற்றங்கள் விவரிக்கப்படுகின்றன. பார்வை மாயத் தோற்றத்தில் திட்ட வட்டமான ஒரு உருவம், திரித்துக் காணப்படுகிறது. சான்றாக, தொங்கும் ஒரு மேலங்கி, ஒரு மனிதனின் நிழற் படம் போன்றோ அல்லது சுவரில் உள்ள ஒரு புள்ளி போன்றோ தெரிகிறது. சுவரில் ஒட்டப்பட்டுள்ள காகிதங்கள், பயங்கரமான முகங்கள் போன்றோ பிசாசுகள் போன்றோ தோற்றம் அளிக்கின்றன. செவிப் புலன் சார்ந்த மாயத் தோற்றத்தில் உச்சரிக்கப்பட்ட ஒரு சொல், நோயாளியால் தனது பெயர் தான் எனக் கருதப்படுகிறது. மிகையாக களைத்திருக்கும் போது ஆவலுடன் எதிர்ப்பார்ப்பின் போது பயந்த நிலையில் இருக்கும்போது ; மனசுகாதாரத்துடன் இருக்கும் நபர்களில் கூட மாயத் தோற்றங்கள் உண்டாகின்றன. உதாரணமாக, ஒருவன் மயானத்தின் நடந்து கொண்டிருக்கும் போது அல்லது யாருமே இல்லாத ஒரு இருண்ட தெருவில் நடக்கும் போது தனது அடியெடுப்பின் ஒலியே புதிராகத் தோன்றுகிறது. தொற்றும் நோய்களிலும், நச்சு விளைவு நோய்களிலும் மாயத் தோற்றங்கள் காணப்படுகின்றன.

மது மயக்கத்தின் பிதற்ற நிலையின் போதும், டைபஸ் மற்றும் டைபாய்டு காய்ச்சல், காசநோய், இருதய நோய், முற்றிய புற்று நோய் ஆகியவற்றின் போதும் மாயத் தோற்றங்கள் உண்டாகின்றன. பெரும்பாலும் மாயத் தோற்றங்கள், தீவிர உள நோய்க்குத் துவக்கமாக இருக்கிறது.



படம் 27. பார்வை சார்ந்த மாயத் தோற்றத்தின் படம். கீழ்க் கோடு நீளமாகத் தோற்றமளிக்கிறது

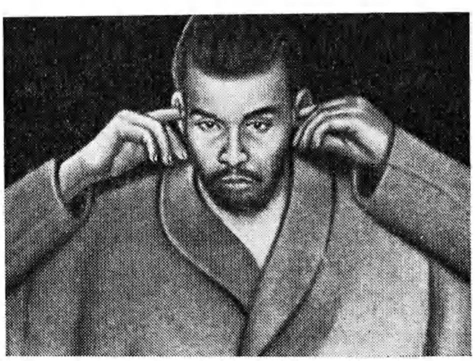
ஒரு குறிப்பிட்ட நேரத்தில் ஒரு எளிய அல்லது சிக்கலான தூண்டல் இல்லாத போது அது இருப்பதாக கற்பனை செய்வது தான் **மனமருட்சியாகும்**. சான்றாக, நிசப்தமான இடத்தில் ஒலிகளைக்

கேட்கிறான். சுத்தமான சுவரில் பல உருவங்களைக் காண்கிறான். எந்தவிதமான தூண்டலும் இல்லாதபோது அருவருக்கத்தக்க வாசனைகளை நுகருகிறான்.

பார்வை, கேட்பது, நுகர்வது, ருசிப்பது, தொடுவது, அல்லது உடல் சார்ந்த பல மன மருட்சிகள் பிரித்தறியப்படுகின்றன. நோயாளி சப்தங்களைக் கேட்கிறான். தனது பெயரைக் கூப்பிடுவது போல் நினைக்கிறான். பயமுறுத்தும், உத்திரவிடும் வார்த்தைகளை கேட்கிறான். (செவிப்புலன் சார்ந்த மனமருட்சிகள் (படம் 28) கூட்டமான மக்கள், விலங்குகள், மாறுபடும் பல்வேறு காட்சிகள் (பார்வை மருட்சிகள்) அருவருக்கத்தக்க, சில போது இனிய வாசனைகளை நுகருகிறான். (நுகர் மன மருட்சிகள்).

மனமருட்சி உருவங்களுக்கு எப்போதும் உண்மையான உருவங்களின் தன்மை இருக்கும். உதாரணமாக, மிகவும் துல்லியமான கூர்மையுடன் கூடிய ஒரு ஒலியைக் கேட்கிறான், அவன் அந்த ஒலி யாருடையது? ஆணா அல்லது பெண்ணா? தெரிந்தவரா தெரியாதவரா? என்று கூட நிர்ணயிக்கிறான்.

பார்வை பற்றிய மனமருட்சிகள் தனித்தனியாக இங்குமங்குமாகவும் இருக்கலாம். அல்லது பல்வேறு வகையான சிக்கலான முழுமையான காட்சிகளாகவும் இருக்கலாம். மதுவெறிப் பிதற்றலிலும், தீவிர நோய் பாதிப்புகளிலும், உள்ளுறுப்புக்களின் தீவிர, நாட்பட்ட நோய்களிலும், இத்தகைய மனமருட்சிக்களைக் காணலாம். மிகையாக மது அருந்திய போது இவை அதிகமாகக் காணப்படுகின்றன.



படம் 28. செவிப் புலன் சார்ந்த மனமருட்சிகள்

செவிப் புலன் சார்ந்த மனமருட்சிகள், மிக எளிய ஒலிகளாகவோ, அல்லது கற்பனைத் தோழனுடன் ஒரு நீண்ட பேச்சு வார்த்தையாகவோ, இருக்கலாம். இவையும் மது வெறியர்களிடம் அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. சைசோபிரனியாவில் (மனச் சிதைவு நோய்) செவிப்புலன் மற்றும் நுகர் மனமருட்சிகளைக் காணலாம். தீவிர நோய் பாதிப்பின் (டைபஸ்) போது அல்லது மதுவெறி நச்சு விளைவின் போது செவிப் புலன், மற்றும் பார்வை மன மருட்சிகளைக் காணலாம்.

மேற்கூறியவை எல்லாம் உண்மையான மனமருட்சிகள் அல்லது போலிக்கண்ணோட்டங்கள் ஆகும். அவை அனைத்தும் உண்மையான பொருட்களின் பண்புகளைக் குறிக்கின்றன. பொய்யான போலிக்கண்ணோட்டங்கள் அல்லது மனமருட்சிகள் பற்றி ருஷ்ய விஞ்ஞானி வி. காண்டின்ஸ்கி விவரித்துள்ளார். இத்தகைய கேசுகளில், ஒலிகள் மற்றும் உருவங்கள், வாசனைகள் அனைத்தும் தங்கள் தலையிலேயே உருவாகின்றன என நோயாளிகள் கருதுகின்றனர். வேறு யாரோ எங்கிருந்தோ, இத்தகைய போலி மனமருட்சிகள் ''உண்டாக்குகின்றனர்,'' ''தூண்டுகின்றனர்'', என அவர்கள் கருதுகின்றனர். ஆகவே, ஒரு பெண் நோயாளி தான் கேட்ட ஒலிகளை டாக்டர்கள் தான் தன்னுட்புகுத்தி விட்டனர் எனக் கருதினார். நீண்ட நாட்களுக்கு முன்பு இறந்து போன உறவினர்கள், தனது நாக்கின் உதவியால் பேசுகிறார்கள், என ஒரு ஆண் நோயாளி கூறினார். போலி மனமருட்சிகள், பெரும்பாலும் சைசோபிரனியா நோயாளிகளிடமே காணப்படுகிறது. ஆனால் தொற்றும் நோய்களிலும் மூளை இரத்த நாள வியாதிகளிலும் இவை காணப்படுகின்றன.

மனமருட்சி கொண்ட நோயாளிகள், தங்கள் உடல் நிலை சரியில்லை என்பதை உணர சக்தியற்று இருக்கிறார்கள். அவர்களின் தெளிந்து அறியும் தன்மை மட்டும் பாதிக்கப்படாமல், சிந்தனா சக்தியும் பாதிக்கப்பட்டுள்ளது. அத்தகைய நோயாளிகளைக் காணும் போது அவர்களது நடத்தையைப் பற்றி மிகவும் கவனமாக விவரிக்க வேண்டும்.

தெளிந்து அறிவதில் உள்ள கோளாறுகளில் உளஞ்சார்ந்த உணர்வு கோளாறுகள் அடங்கும். அவையாவன: மெடமார்போப்சியா, (அமைப்பிலும் வடிவத்திலும் சீர் குலைந்து காணப்படும் பொருட்கள்) சிறியதாகத் தெரியும் பொருட்கள் (மைக்ரோப்சியா) பெரிதாகத் தெரியும் பொருட்கள் (மேக்ராப்சியா) சிதைந்த உருவங்கள், மிகப் பெரிய கைகள், கால்கள், தலை, உடல் இத்தகைய போலிக் கண்ணோட்டங்கள் தொற்றும் நோய்களிலும் மூளையின் காயமடைந்த நைவுகளிலும் காணப்படுகின்றன.

ஞாபகசக்திக் கோளாறுகள்

ஞாபக சக்தியில் ஒரு பொருளை உறுதிப் படுத்தி நிலை பெறச் செய்து, நினைவுப்படுத்திக் கொள்வது அடங்கும். இது ஒரு உளஞ் சார்ந்த பணியாகும். இதன் மூலம் சுற்றுப்புற சூழ்நிலை பற்றிய தகவலை மனதில் இறுத்தி, முந்தைய அனுபவத்தைப் பயன்படுத்த வேண்டும். தற்போது ஞாபக சக்தி இரண்டு வகையாகப் பிரிக்கப்படுகிறது: தற்காலிக ஞாபகசக்தி சிறிது காலமே நீடிக்கும் ஞாபக

சக்தி. நீடித்திருப்பது: நீண்டகாலம். ஏன், ஆயுள் பூராவும் நீடிக்கும் ஞாபகசக்தி. இதுதான் அறிவு, மற்றும் பழக்க வழக்கங்கள், அனுபவம் ஆகியவற்றின் மூலமாக விளங்குகிறது.

மருத்துவத்தில் இரண்டு வகையான ஞாபக சக்திக் கோளாறுகள் விவரிக்கப்படுகின்றன. 1. *ஞாபகத்திலிருத்த முடியாமை,* 2. *மனப்பாடம் செய்ய முடியாமை. மனப்பாடம் செய்ய முடியாமையில் புதிய தற்கால நிகழ்வுகள், மற்றும் கருத்தோட்டங்கள், உண்மைகள், ஆகியவற்றை நினைவில் இருத்த முடியாமையாகும்.*

பல்வேறு கால கட்டங்களில், முன்னாள் அனுபவத்தை மீண்டும் நினைவுக் கொண்டு வந்து, செயலாற்ற முடியாமையையே ஞாபகத் திருத்த முடியாமை என்கிறோம். ஒரு நோய் நிலைக்கு (தலையில் காயம், கார்பன்மானாக்சைடு நச்சுவிளைவு) முந்திய சம்பவங்களை மறப்பதை **பின்னுக்குப் போகிற நினைவிழப்பு** *என்கிறோம். சம்பவத்தின் பின்னர் நடை பெறுவதை மறப்பதை* **முன்னுக்குப் போகிற நினைவிழப்பு** *என்கிறோம்.*

ஞாபக சக்தியை ஓரளவாக இழப்பது தவிர, படிப்படியாக அதிகரித்து வரும் நினைவிழப்பை நினைவில் கொள்ள வேண்டும். பெரு மூளை இரத்த நாளச் சுருக்கத்தில் நோயாளி தனது வாழ்வில் நிகழ்ந்த மிக முக்கியமான சம்பவங்களை மறந்து விடுகிறான். தனது நோய் வரலாற்றை கோர்வையாகச் சொல்ல முடியாமை, வருடம், மாதம் தேதி ஆகியவற்றை மறந்துவிடல், சென்ற சில நாட்களாக தான் என்ன செய்தோம் என்று சொல்ல முடியாமை, இன்று சாப்பிட்ட உணவு என்ன என்று கூற முடியாமை. மற்றொரு வகையான நினைவிழப்பில் ஞாபக சக்தி தடம் புரண்டு இருப்பது. **(பாரா அம்னேசியா).** *இதில்* **பொய் கருத்துத் தொடர்பும், தன்னையறியாமலேயே** *புனைந்துரைத்தலும் அடங்கும். பொய் கருத்துத் தொடர்பில் கடந்த கால சம்பவங்கள் சமீபத்தில் நடந்ததாக நம்புவது. தன்னையறியாமலேயே புனைந்துரைத்தலில் ஞாபகசக்தியின் இடைவெளிகளை கற்பனை கொண்டு பூர்த்தி செய்வதாகும். உதாரணமாக ''நீ இன்று என்ன வேலை செய்தாய்'' என்று நோயாளியைக் கேட்டால் ''நான் இன்று கடையில் வேலை செய்தேன்'' என்று பதிலளிப்பான். உண்மையில் மருத்துவமனையில் சேருவதற்கு முன்பு அவன் கடையில் வேலை செய்து கொண்டிருந்தான். சிலபோது கேட்ட கேள்விக்குப் பதில் கூறாமல், பல மாதங்களுக்கு முன்னர் இறந்துவிட்ட உறவினருடன் சந்தித்துப் பேசியதை நினைவு கூறுகிறான், அல்லது நம்பத்தகாத அனுபவங்களைக் கூறி மகிழ்கிறான்.*

பொய் கருத்து தொடர்புக் கோளாறுகள் கீழ்க்கண்ட நோய் நிலைகளில் காணப்படுகின்றன: இரத்த மிகு அழுத்த நோய், மூளைக்கு ஏற்பட்ட காயம் (குறிப்பாக யுத்தத்தின் போது ஏற்பட்ட காயம்) மூளை நோய்களிலும், மூளையின் மூப்படைந்த சூம்பலிலும்,

இடைவிடாத செயலிழப்பிலும், பெருமூளை இரத்த தாள அடைப்பிலும், தன்னையறியாமலேயே புனைந்துரைத்தல் காணப்படுகிறது.

கவனத்தில் கோளாறுகள்

கவனத்தில் ஏற்படும் கோளாறுகளில் கவனத்தை திசை திருப்புதல், எந்தப் பொருள் மீதும் ஒரு முகப்படுத்த முடியாமை ஆகியவை அடங்கும். உள்ளுறுப்புக்களின் நீடித்த வியாதிகள் மற்றும் உளஞ்சார்ந்த பாதிப்பு, உளஞ்சார்ந்த கிளர்த்தல், பைத்திய நிலைகள் ஆகியவற்றின் சோர்வு நிலையில் கவனத்தில் கோளாறுகள் உண்டாகின்றன. தான் தீராத நோயுடன் இருப்பதாகவும், நோய் சீரடையாது எனவும் மரணம் தவிர்க்க முடியாது எனவும் எண்ணிக் கொண்டிருக்கும் ஒரு நோயாளியின் மனத்தளர்ச்சி நிலையின் போது கவனக் குறைவுக் கோளாறுகள் உண்டாகின்றன.

சிந்திப்பதிலும் பேச்சிலும் கோளாறுகள்

சுற்றுப் புறப் பொருட்களையும் நிகழ்வுகளையும் கொள்ளும் திறனில் அறிவாற்றல் அமைந்துள்ளது. இதில் மதிப்பிடுவது மற்றும் உய்த்துணர்வது, கருத்துக்கள் உருவாவது ஆகியவை அடங்கும். வாழ்க்கையின் அனுபவமும், உணரும் ஆற்றலும் இதற்குத் துணை புரிகிறது.

பேச்சிலிருந்து எண்ணங்கள் பிரிக்க முடியாது. எண்ணங்கள் இல்லாவிடில் பேச்சுக்கள் இல்லை. எல்லா வகையான மனோ நோய்களிலும், சிந்திப்பதில் கோளாறுகள் காணப்படுகின்றன. இந்தக் கோளாறுகள் மருத்துவ வெளிப்பாடுகள் பலவகைப்பட்டதாகும். சைசோபிரனியால் (மனச்சிதைவு நோய்) இவை கொடூரமாக இருக்கின்றன. இந்த நோயின் முதல் நிலையில் ஒரு சிந்தனை திடீரென்று தடைபட்டு விடுகிறது. இங்கு நோயாளி திடீரென்று பேசுவதை நிறுத்தி விடுகிறான். ஆனால் சிறிது நேரத்திலேயே மீண்டும் உரையாடலைத் துவங்குகிறான். ''தாங்கள் சிந்திப்பது தெளிவாக இல்லாமல் குளறு படியாக இருக்கிறது'' என்பதை நோயாளிகளே தெரிந்து கொள்கின்றனர். சான்றாக, ஒரு நோயாளி கூறுகிறான்: ''எனது எண்ணங்கள் பரவலாக இருந்து, ஒரு சல்லடைக்குள் செல்வதுபோல் இருக்கின்றன. அவற்றைத் திரட்டி என்னால் கோர்வையாக ஆக்க முடியவில்லை.'' ''தனது தலைமுடி முழுவதும் கருத்துக்களே இருக்கின்றன. ஆனால் அவை தேவையற்றவை மட்டுமின்றி புதிராகவும் இருக்கின்றன'', என ஒரு நோயாளி கூறுகிறான். பிறகு சிந்திப்பது கோர்வையற்று இருக்கிறது. திடீர்திடீரென நோயாளி

தனது எண்ணங்களை மாற்றிக் கொள்கிறான். எண்ணங்கள் முன்னுக் குப்பின் முரணாக இருக்கின்றன. உதாரணமாக, ''உனது உடல் நலம் எப்படி இருக்கிறது?'' என்று நோயாளியிடம் கேட்டால் நோயாளி பதிலளிக்கிறான்: ''எனக்குப் பசியேயில்லை. எனது கார் ஓட்டி ஆகாயத்தினுள் சென்று கொண்டிருக்கிறான்.''

சைசோபிரனியா நோயாளி வெற்றுத் தத்துவங்களைப் பேசி தேவையில்லாமல் கூப்பாடு போடுகிறான். சான்றாக ''நீ, இன்று எவ்விதம் தூங்கினாய்'' என்று கேட்டால், நோயாளி பதிலளிக் கிறான். ''தத்துவார்த்தக் கண்ணோட்டத்துடன் உறக்கத்தை ஆராய் தால், உயிரின வளர்ச்சியின் போது...'' நோயாளிகளின் கூற்றுகள் பெரும்பாலும் உளறலாகவே இருக்கின்றன. உதாரணமாக, ''நீ எப்படி இருக்கிறாய்'' என்று கேட்டால், நோயாளி கூறுகிறான்: ''பயானோ, அறிக்கை, வெண்டைக்காய்''.

மழுங்கிய மன எண்ணங்களும், அசாதாரணமாக சிந்தனை செய் வதும் இந்நோயில் காணப்படுகிறது சிந்தனையில் எது முக்கியம், எது அவசியமில்லாதது என அவனால் பிரித்தறிய முடியாவில்லை. அற்ப விஷயங்களில் தேவையில்லாத அக்கறை காட்டுகிறான். ஒரே எண்ணத்தை திருப்பி திருப்பிச் சொல்லிக் கொண்டே இருக்கிறான். சான்றாக, காக்காவலிப்புத் தாக்குதலை விவரிக்கச் சொன்னால், நோயாளி, தனது பெற்றோர்கள் பிறந்த நேரத்தையும், இடத்தை யும் கூறி, தனது வாழ்க்கை வரலாற்றை வேண்டாத விபரங்களுடன் விவரிக்கிறான்.

அசாதாரண துரிதத்துடன் சிந்திக்கிறான். கட்டுப்பட்ட இணைப்பு கள் உருவாகின்றன. நோயாளிக்கு பல கருத்துக்கள் உள்ளன. ஒன்று மறைந்து துரிதமாக மற்ற ஒன்று உண்டாகிறது. முரட்டுத்தனமான பைத்திய நிலைகளில் இது காணப்படுகிறது. சிந்திப்பது, அசாதார ணமாக மெதுவாக இருக்கிறது. நோயாளி குறைவாகவே பேசு கிறான். பேசுவதும் மெதுவாகவே இருக்கிறது. ஒரு நினைப்பில் இருக்க மற்றொரு நினைப்பிற்கு மாறுவது சிரமமாக இருக்கிறது. இது மனத்தளர்ச்சியில் காணப்படுகிறது.

பல்வேறு மன நோய்களில் மிக முக்கியமான அறிகுறி பொய் கணிப்பு ஆகும். சுற்றுப்புறத்தைப் பற்றி அறியாமை காரணமாக தவறான கணிப்பு பொய் கணிப்பு, ஆகியவை மனோ நோயின் ஒரு அறிகுறியாகும். மூட நம்பிக்கைகள், தப்பெண்ணங்கள் ஆகியவை முடிவில் தவறாகவே இருக்கின்றன. சுகாதாரமான மனோதிடம் உள்ளவர்களிடம் இவை காணப்படுகின்றன. இது கலாச்சாரப்பண்பு மற்றும் அறிவாற்றல் இல்லாததால் உண்டாகிறது.

அறிவுரைகளால், பொய் கணிப்பை சரி செய்ய முடியாது. ஏனெ னில் நோயாளியின் சிந்தனை சக்தியே பாதிக்கப்பட்டுள்ளது.

பொய்கணிப்புகளில் பல்வகையான மருத்துவ வெளிப்பாடுகள் உள்ளன.

1. தன்னைப் பற்றிய பொய் கணிப்பு. தன்னைச் சுற்றி நடைபெறும் அனைத்துமே தன்னைப் பற்றியே தான் இருக்கிறது —அதுவும் எதிர் மறையாக—என நினைக்கிறான். சான்றாக, யாராவது புன்னகைத் தாலோ, தற்செயலாக கையை அசைத்தாலோ அல்லது இருமி னாலோ நோயாளி தனக்கு ஏதோ தீங்கு நேரப் போகிறது என அச் சமடைகிறான்.

2. துன்புறுத்துவது போன்ற பொய் கணிப்பு. தனக்கு நிறைய எதிரி கள் இருப்பாதகவும். எங்கு காணினும் தன்னைத் துன்புறுத்தத் தயாராக இருக்கிறார்கள் என்றும், தன்னை விஷமிட்டு கொன்று விடுவார்கள் என்றும் உறுதியாக நோயாளி நம்புகிறான்.

3. இயற்பியல் அம்சங்கள் பற்றிய பொய் கணிப்பு. கதிர் வீச்சுக்கள் மற்றும் மின்னூட்டம், வசிய சிகிச்சை, ஆகியவற்றிற்கு தன்னை உட்படுத்தப் போவதாக நோயாளி நம்புகிறான். தனது உடலின் எல்லாப் பகுதிகளிலும் எல்லா வகையான அருவருக்கத்தக்க உணர்வு கள் (தீயால் பொசுக்குவது, ஊசி குத்துவது) உண்டாவதாக கற் பனையில் அனுபவிக்கிறான்.

4. நோய்வாய்பட்டதாக பொய்க்கணிப்பு. தனது உள்ளுறுப்புக் களின் வியாதிகள் தனக்கு இருப்பதாக முழுமையாக நம்புகிறான். இத்தகைய நோயாளிகள், தனது உடல் நலம் குறைந்திருப்பதாக புகார் செய்கிறார்கள். தனக்கு கட்டாயமாக ஏதாவதொரு வியாதி இருப்பதாகக் கூறி அறுவை சிகிச்சை செய்யும்படி டாக்டரை நிர்பந் தப்படுத்துகிறான்.

மேற்கூறிய பொய்க் கணிப்புகள் அனைத்தும் சைசோபிரனியா நோயில் காணப்படுகிறது.

5. குற்றம் செய்துவிட்டதாகப் பொய்கணிப்பு. மனத் தளர்ச்சி (வாட்டமடைந்திருப்பது, துயருற்றிருப்பது) நிலையில் இருக்கும் நோயாளிகளில் இந்த வகை காணப்படுகிறது. தாங்கள் ஏதோ ஒரு பெரிய குற்றம் செய்துவிட்டதாகவும் தங்களுக்குத் தகுத்த தண் டனை கிடைக்க வேண்டும் எனவும் இவர்கள் நம்புகிறார்கள். தமது வாழ்வு ஒரு வீரயம் என்று தற்கொலை செய்யவும் நினைக்கின்றனர்.

6. படாடோபமான பொய்க்கணிப்பு. அளவற்கரிய செல்வம் தன் னிடம் இருப்பதாக நோயாளி நினைக்கிறான். தான் ஒரு அழகன் என்றும் சக்தி வாய்ந்த பலசாலி என்றும் நினைக்கிறான். கிரந்தி சம்பந்தமான உள நோயிலும். (படிப்படியாக செயலிழப்பு) வெறி நிலையிலும் (மட்டு மீறிய முரட்டுத்தனம்) மேற்கூறிய வகை காணப் படுகிறது.

7. இழப்பு பற்றிய பொய் கணிப்பு. மூப்படைந்த கிறுக்குத்தனத் தில் இத்தகைய பொய் கணிப்பு காணப்படுகிறது. (தளர்ந்த இளகிய

மனநிலை) தனது உடைகள் மற்றும் கணம், உணவு அனைத்துமே திருடப்பட்டு விட்டதாக நம்புகிறான். ஒரு பெண் நோயாளி, நள்ளிரவில் விழித்தெழுந்து தனது காலணிகளைத் தேடிப்பார்க்கிறாள், அவைக் காணப்படாவிடில் கூக்குரலிடுகிறாள். ''உதவி தேவை, என்னிடம் திருடி விட்டார்கள்.''

பொய் கணிப்புகள் சீரற்றதாகவோ, ஒரே சீராகவோ இருக்கலாம். உதாரணமாக ஒரு ஆண் நோயாளி, பெண்களை கர்பத்திலிருந்தும், பிரசவ வேதனையில் இருந்தும் காப்பாற்ற, செயற்கை முறையில் ஒரு சிசுவை உருவாக்கும் ஒரு முறையை ''உண்டாக்கி விட்டதாக'' நினைக்கிறான்.

அதே நோயாளி ஒரே சமயத்தில் பொய்க் கணிப்பின் பல மருத்துவ வேறுபாடுகளை அனுபவிக்கிறான். அதைத் தொடர்ந்து மன மருட்சியும் உண்டாகிறது.

அந்தந்த நேரத்திய மனப்பாங்கைப் பொறுத்து பல்வேறு வகையான பொய்க் கணிப்புகள் தோன்றுகின்றன: மகிழ்ச்சியாக இருக்கும் போது படாடோப பொய்க்கணிப்பு, மனை உளைச்சல் மற்றும் பயத்தின் போது குற்றம் செய்து விட்டதாக பொய்க்கணிப்பு, மனத் தளர்ச்சி, உளைச்சலின் போது, துன்புறுத்துவது போன்ற பொய்க் கணிப்பு.

பொய்கணிப்பை மனப்பிராந்தி நிலையில் இருந்து பிரித்தறிய வேண்டும். இங்கு நோயாளியின் கவனம் எல்லாமே முழுமையாக ஈடுபட்டுள்ளது. இது தவறு என்றும் அசட்டுத்தனம் என்றும் மனப் பிராந்தி நோயாளி உணருகிறான். மனோவய நோயாளிகளிடம் மட்டுமின்றி சுகாதாரமான மக்களிடம் இந்த நிலை காணப்படுகிறது. (குறிப்பாக உளஞ்சார்ந்த தாக்குதலின் பின்னர்)

உயர்மட்ட நரம்பு நடவடிக்கை பாதிப்பதால் உண்டாகும் மனத் தளர்ச்சியில் காணப்படும், மனப் பிராந்தி நிரந்தரமாகவும், நோயாளிக்கு இடையராத தொந்திரவு கொடுப்பதாகவும் அமைகிறது.

மிகவும் பெரிய பரந்த வெளிகள் (அகோரபோபியா) மூடிய இடங்கள் மிகையான உயரம் ஆகியவை பற்றிய பயமும் மனப் பிராந்தி நிலைகளில் காணப்படுகிறது. பயங்கரமான ஐயப்பாடுகள் தோன்றி, அடிக்கடி சரிபார்க்கும் நிர்பந்தம் உண்டாகிறது. (கதவு மூடப்பட்டுள்ளதா? எரிவாயு அணைக்கப்பட்டு விட்டதா? தான் சரியாகப் பேசினோமா?) ஏதோ ஒரு நோயால் பாதிக்கப்படப் போகிறோம் அல்லது ஏதோ ஒரு அசுத்தம் சேர்ந்து விட்டது என்ற பயத்தால் கைகளையும் முகத்தையும் அடிக்கடி கழுவுவதும் தன்னைப் பரிசோதிக்க டாக்டரை அழைப்பதுவும் மனபிராந்தி நிலையில் உண்டாகின்றன.

மிகையான மனப்பதட்டமும் கற்பனாசக்தியும் கொண்ட மன பிராந்தி நோயாளிகளின் நிலை சிலபோது மோசமடைகிறது. சில

போது சீரடைகிறது. கவனம் திசை திருப்பப்பட்டால், அல்லது மிகை யாக உணர்ச்சிவசப்பட்டால், மனப் பிராந்தி பலவீனமடைந்து நீண்ட காலத்திற்கு மறைந்தேவிடுகிறது.

கிறுக்கு (கோட்டி) நோய்க்குறியியல்

அறிவாற்றலின் பண்பு, நிரந்தரமாகவும் சீர் செய்யப்பட முடி யாதவகையிலும் சீரழிந்து போவதை இளகிய மனப்பான்மை (அப் பாவித்தனம்) என்கிறோம். பிறவியில் உண்டான அப்பாவித்தனத் தை ஆலிகோபிரனியா என்றும், பெறப்பட்டதை கிறுக்குத்தன்மை என்றும் கூறப்படுகிறது. மூளையின் தீவிரமான நைவால் (காயம், இரத்த நாளச் சுருக்கம், மூப்புநிலை உளநோய்) கிறுக்குத்தன்மை (கோட்டித்தனம்) தோன்றுகிறது.

உணர்ச்சிக் கோளாறு

அக மற்றும் புறத் தூண்டல்களுக்கான ஒரு மனிதனின் பிரதி வினையை உணர்ச்சிகள் நிர்ணயிக்கின்றன. உணர்ச்சியுடன் சேர்ந்து வெளிப்படையான அசைவுகள் தோன்றுகின்றன. (முகபாவங்களில் மாற்றங்கள், கை, காலாட்டங்கள்). உடலின் மண்டலங்களிலும் மாற்றங்கள் காணப்படுகின்றன. இருதயத் துடிப்பும் மூச்சுவிடலும் அதிகரிக்கிறது. கண் பாவை விரிவடைகிறது. உமிழ் நீர் சுரப்பு குறைகிறது. (உலர்ந்த வாய்) சிறுநீர் மிகையாகப் பிரிகிறது. வளர் சிதை மாற்றம் துரிதப்படுகிறது. இரத்தத்தில் சர்க்கரை அதிகரிக் கிறது. புறணி மற்றும் புறணி அடி இரண்டின் ஒருங்கிணைந்த பணி யை உணர்ச்சிவய நடவடிக்கை நிர்ணயிக்கிறது.

மனித உணர்ச்சிகள் மிகவும் சிக்கலானவை. விலங்கினங்களில் காணப்படும் கீழ் மட்ட உணர்ச்சிகளையும் (பசி உணர்ச்சி, தற்பாது காப்பு) மனிதனில் காணப்படும் மேல் மட்ட உணர்ச்சிகளையும் பிரித்தறிவது வழக்கம். மனித உணர்ச்சிகளில் சமூகத்தைப் பற்றிய எண்ணங்கள், கூட்டு முயற்சி, கடமை உணர்வு, நாட்டுப்பற்று, ஆகியவையும் அடங்கும்.

புற சூழ்நிலைகளில் இருந்து வரும் எண்ணிக்கையிலடங்காத பதிகைகள், மற்றும் உள்ளுறுப்புக்களில் இருந்து மூளையை அடை யும் பல வகையான தூண்டல்கள் ஆகியவை கூட்டாகச் சேர்ந்து உண்டாக்கும் சிக்கலான உணர்வுகளை மனப்பாங்கு என்கிறோம். (புறவய, அகவய விளைவுகள்). மகிழ்ச்சி, மற்றும் வியப்பு, சோகம், குழப்பம், கோபம், உறுத்தல்கள் ஆகியவை மனித உணர்ச்சிகளின் வெளிப்பாடுகள் ஆகும். ஒரு ஆரோக்கியமான நபரின் மனப்பாங்கு

வயது மற்றும் பால், நேரம், வருடம், நாள் ஆகியவற்றைப் பொறுத்து மாறுபடுகிறது. இளவயதினரில் தோன்றும் நேர்மறையான உணர்ச்சிகள் மற்றும் மாதவிடாயின் போதும், மாதவிடாய்க்கு முந்திய போதும் பெண்களில் ஏற்படும் உணர்ச்சிகள் எல்லாம் சகஜமான நிகழ்வுகளாகும். மனப்பாங்கில் சிறிது நீடிக்கும் மனப்பாங்கின் குறிப்பான மாற்றத்தை **பாதிப்பு** என்கிறோம்.

உணர்ச்சிகளை தானாகவே கட்டுப்படுத்த முடியாத நிலை— பாதிப்பு தாக்குதல்கள்—தலையில் அடிபட்ட காயம், மற்றும் உறுப்புக்களின் நாட்பட்ட வியாதிகள், கிருமி பாதிப்புகள், நச்சு விளைவுகள் ஆகியவற்றில் உண்டாகலாம்.

பாதிப்பு விளைவுகளில் தீமை பயக்கக்கூடியவற்றைப் பிரித்தறிய வேண்டும். சுயநினைவு ஓரளவு மட்டுப்பட்ட நிலையில் நாசகார வேலைகள் நிகழ்கின்றன. இதைத் தொடர்ந்து மறதி உண்டாகிறது. உதாரணமாக அலுவலகத் தலைவருடன் அருவருப்பான வாக்குவாதத்திற்குப் பின்னர், அலுவலகத்தை விட்டு வெளியேறிய ஒரு இளைஞன், தெருவில் சிறிது தூரம் சென்ற பின்னர், பையில் இருந்து துப்பாக்கியை வெளியெடுத்து அருகே நடந்து சென்றவர்களை மூன்று தடவை சுட்டுவிட்டு, நடந்து செல்கிறான். அவன் கைது செய்யப்பட்ட பின்னர், ஏற்கெனவே நடந்தது என்ன என்பது தெரியாமல் மறந்து விடுகிறான். நோய்க் குறியியல் சார்ந்த பாதிப்பு என்று மனோநோய் வல்லுநர்கள், ஆராய்ந்த பின்னர் தீர்மானிக்கின்றனர்.

மிகையான களிப்பு என்பதில் அசாதாரணமான பரவசமான மனப்பாங்கு தோன்றி இன்பமும், நல்ல நிலையான உணர்வும் தோன்றுகிறது. அது ஒரு தற்காலிக நிலையாக இருக்கலாம்: மிகையான மது வெறியிலும் மூளையின் தீவிர நைவுகளிலும் இது தோன்றுகிறது. (இடைவிடாத செயலிழப்பு, மூளையின் புற்றுக் கட்டி). **மட்டு மீறிய வெறியின்** ஒரு அறிகுறி மிகையான களிப்பு ஆகும். இங்கு துரிதமான செயல்படும் தன்மையும், மிகையான எண்ணங்களும், சூடு பிடிக்கும் பேச்சுக்களும் அதிகமான இயக்க நடவடிக்கைகளும் காணப்படுகின்றன.

மனத்தளர்ச்சியின் போது கொடூரமான எண்ணங்களுடன் கூடிய மந்த மனப்பான்மையும் தற்கொலை மனப்பான்மைகளும் காணப்படுகின்றன. சோகம் நிறைந்த உணர்வுடன் சிந்தனை சக்தியும் குறைகிறது.

காரணமில்லாத ஒரு பதட்ட நிலை மற்றும் அச்சம், நிலை குலைவு ஆகியவையுமே ஒரு உணர்ச்சி சார்ந்த கோளாறாகும். வயிற்றுள்ளுறுப்பு நோயாளிகள் மற்றும் இருதய நோயாளிகள், காசநோயாளிகள், புற்றுநோய் உள்ளவர்கள், தீவிர தொற்றும் நோய்

கொண்டவர்கள், வயது முதிர்ந்தவர்கள் ஆகியோரிடத்திலும் மேற் கூறியதைக் காணலாம்.

உணர்வே இல்லாத நிலை, சுற்றுப்புறச் சூழ்நிலையைப் பற்றிய ஒரு அசட்டை ஆகியவையும் மன உணர்ச்சிக் கோளாறால் ஏற்படு கிறது. இந்த நிலை பல நோய் நிலைகளிலும் (சைசோபிரெனியா, தலையில் காயம், புற்றுக் கட்டிகள், மூளையின் சூம்பல்) காண லாம். நிலையற்ற மனப்போக்கு எரிச்சலடையும் தன்மையும், மூளைக்கு ஏற்பட்ட சேதத்தின் பின் விளைவுகளாக இருக்கலாம்.

நிலையற்ற உணர்ச்சி நிலைகள்—அமைதியாக இருக்கும் நோயாளி திடீரென்று அழுவது, அழுது கொண்டிருக்கும் போதே சிரிப்பது; நல்ல மனப்பாங்குடன் இருப்பது —ஆகியவை பெரு மூளை தமனி நாளச் சுருக்கத்தின், (கடினமடைவதன்) அடிக்கடி நிகழ்கிற, துவக்க அறிகுறியாகும். இவையும் உணர்ச்சி கோளாறுகளில் அடங் கும்.

நடத்தையிலும் விருப்பங்களிலும் கோளாறுகள்

மனநோயின் துவக்க அறிகுறிகளில் நடத்தையிலும் ஆசைப்படு வதிலும் ஏற்படும் கோளாறுகள் அடங்கும்.

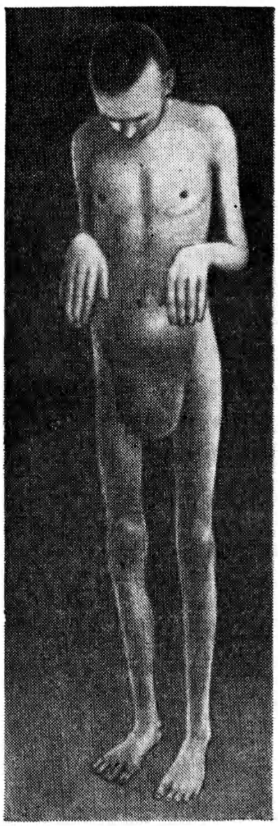
உண்ண மறுப்பதுவும் ஒரு துவக்க அறிகுறியாகும். பசியில்லை என்ற பொய் சாக்கு சொல்லி பல நாட்கள், நோயாளிகள் சாப்பிடு வதில்லை, அல்லது சமையல் நன்றாக இல்லை என்றோ சிறிது நேரம் கழித்துச் சாப்பிடுகிறேன் என்று சொல்லியோ தட்டிக் கழிப் பார்கள். சைசோபிரனியா நோயாளி செவிப் புலன் சார்ந்த மன மருட்சியால் சாப்பிட மறுக்கிறான். ஏதாவது நச்சுக் கலந்திருக்கிறது என்ற ''பொய்'' செய்தியால் உண்ண மறுக்கின்றனர். மயக்க நிலை யில் உள்ளவர்கள், ஒரு எதிர் மறை உணர்வு கொண்டு பல நாட் களுக்குச் சாப்பிட மறுக்கின்றனர். ஹிட்ஸ்டீரியா சார்ந்த பசியின் மையிலும் உண்ண மறுக்கின்றனர்.

மன நோய் கொண்ட சில நோயாளிகள் தங்களைத் தாமே காயப் படுத்திக் கொள்கின்றனர் (வெட்டுதல், சிராய்ப்பு உண்டாக்குதல், தங்களையே கடித்தல், கரண்டிகள் மற்றும் கவர் முள், ஊசிகள், ஆகியவற்றை விழுங்குதல்). மனத்தளர்ச்சி கொண்ட நோயாளி களும், மனமருட்சி கொண்டவர்களும், மனப்பாங்கு கோளாறு கொண்டவர்களும் தற்கொலை செய்ய முயற்சிப்பதைத் தடுப்பது சிரமமான ஒன்றாகும்.

ஆசைப்படுவதில் ஏற்படும் கோளாறுகளில் பால் சார்ந்த லக்கிர உணர்வுகள் —சுயபால் போகம்—உண்டாகின்றன.

இத்தகைய நோயாளிகளுக்கு சிறப்பான கண்காணிப்பும், பரா மரிப்பும் தேவை.

உள நோய் இயலில் நடத்தை பற்றிய கோளாறுகளைப் பற்றித் தெரிந்திருப்பது மிகவும் முக்கியமாகும். ஏனெனில் பல மன நோயாளிகளை அணுகுவதே சிரமமாகும். அதிகமாக உரையாட மாட்டார்கள். உண்மையை ஒளிப்பார்கள். தங்களது அசாதாரண எண்ணங்கள், ஆசைகளை மறைக்க முயற்சிப்பார். இத்தகைய நோயாளிகளிடம், இரவு பகலாக தங்கி வரும் செவிலியர்கள், நோயாளிகளிடம் காணப்படும் அசாதாரண நடத்தைகளைக் குறித்தும் கொள்ள வேண்டும்.



படம் 29. கடாடோனியா நோயாளியின் இயற்கைக்கு விரோதமான தோரணை

கடாடோனியா என்ற கோளாறில் நோயாளி கேட்ட கேள்விகளுக்குப் பதில் அளிப்பதில்லை. **(ஊமை நிலை)** "நாக்கை வெளியேநீட்டு" என்றோ, "உனது கையைக் காட்டு" என்றோ ஒரு டாக்டர்கூறினால் அதற்கு கீழ்ப்படிவதில்லை. **(எதிர் மறைநிலை)** ஒரு குறிப்பிட்ட புதிரான தோரணையைக் கையாளுகிறான். கால்கள் வயிற்றில்ஒட்டும் படி மடக்கி படுத்திருக்கிறான். தலையைத் தலையணையில் இருந்து உயர்த்தி வைத்துக் கொள்கிறான். இயற்கைக்கு விநோதமாக நின்று கொண்டிருக்கிறான். (படம் 29) நோயாளியின் உடலைஎந்த நிலையிலும் நிறுத்தி வைக்கலாம். அந்த நிலையை மாற்றாமலேயே நிலைத்து நிற்பான், இந்த அறிகுறியை **பிளெக்சிபிலிடாஸ்ச்ரியா** (மெழுகு போன்று வளைந்து கொடுக்கும் நிலை) என்கிறோம். நோயாளி உண்ண மறுக்கிறான். சில போது சில நோயாளிகள் தங்களது சுற்றுப்புற சூழ்நிலையில் நன்கு தெரிந்திருப்பதால், நோயாளியின் நிலைமை பற்றி அவன் முன்னிலையிலேயே விமர்சிக்காமல் இருப்பது நல்லது. சைசோபிரெனியா மற்றும் பல்வேறு பாதிப்புகள், நச்சு விளைவுகள், ஆகியவற்றிலும் இந்த இயற்நிலை காணப்படுகிறது. கடாடோனியா (கிரேக்க மொழியில் **கடா** என்றால் "குறைந்த" என்றும் **டேனோய்** என்றால் "விறைப்பு தன்மை" என்றும் பொருள். மொ-ர்) நிலை, திடீரென்று இயக்க கிளர்த்தல்

பேச்சாக மாறுகிறது. நோயாளி எங்கோ விரைந்து செல்ல விரும்புகிறான். வலிந்து தாக்க முயற்சிக்கிறான். மீண்டும் மீண்டும் செய்ததையே செய்கிறான். சொன்ன வார்த்தைகளையே சொல்லுகிறான். வேறு யார் சொன்னதையோ சொல்கிறான், அல்லது வேறு யாரோ செய்ததைச் செய்கிறான். (இவற்றை **எகோலேலியா** என்றும் **எகோபிராக்ஸிஸ்** என்றும் கூறுகிறோம்) கிளர்த்தல் நிலையின்போது, பயமுறுத்தும் மனமருட்சியாலும், பழிவாங்கும் பொய்க் கணிப்பாலும், தூண்டப்பட்டால், நோயாளி தனக்கு மட்டுமின்றி மற்றவர்களுக்கும் தீங்கு விளைவிக்கும் நிலையில் இருக்கிறான்.

நடத்தைக் கோளாறு உள்ள நோயாளி பாசாங்கு செய்யலாம்; மடத்தனமாக இருக்கலாம்; மட்டற்ற மகிழ்ச்சியுடன் இருக்கலாம்; உதாரணமாக, வயது வந்த ஒருவன், விலங்கினம் போல் இரண்டு கைகளையும் இரண்டு கால்களையும் ஊன்றி ஊர்ந்து செல்கிறான், மற்றவனை வலிச்சம் காட்டுவதுபோல் நாக்கை வெளியே நீட்டுகிறான்; திடீரென்று யார் மீதாவது காறித்துப்பலாம்; குழந்தை போன்ற குரலில் பேசலாம்; சுய நினைவு பாதிக்கப்பட்ட நோயாளிக்கு திடீரென்று நடத்தைக் கோளாறுகள் ஏற்படலாம் என்பதை மனதில் கொள்ள வேண்டியது அவசியமாகும். மூளையின் தீவிர கட்டிகளிலும், மிகையான கிருமிப் பாதிப்புகளிலும், நச்சு விளைவுகளிலும் மேற்கூறிய நிலைகள் உண்டாகின்றன. குழப்பம் அடைந்த சுயநினைவுள்ள நோயாளியில் இயக்கக் கிளர்த்தல் உண்டானால் அத்துடனேயே பார்வை சார்ந்த, செவிப்புலன் சார்ந்த, மனமருட்சிகள் தோன்றலாம். நோயாளிகளில் இத்தகைய நிலைகள் மருத்துவமனைகளிலோ வீட்டிலோ உண்டாவதால், உடனடியாக நன்கு கண்காணிக்கப்பட வேண்டும். அத்தகைய நோயாளிகள் தங்களுக்கும் மற்றவர்களுக்கும் ஆபத்து விளைவிக்க வாய்ப்புகள் இருப்பதால், டாக்டரை அழைத்து ஆவன செய்வது நல்லது.

உள நோய் ஒரு உயிரினத்தின் பொதுப்படையான நோயாகும். அவனது மனப்பாங்கில் மாற்றங்கள் ஏற்படுகின்றன. உள்ளுறுப்புக் கோளாறுகளின் விளைவாலும், இந்நிலை உண்டாகலாம். மனக் கோளாறுகள் உள்ள நோயாளிகளின் உடலை முழுமையாகப் பரிசோதிப்பது நல்லது. இருதய இரத்த நாள மண்டலம் மற்றும் மூச்சு மண்டலம், செரிமான மண்டலம், நாளமில் சுரப்பி மண்டலம், ஆகியவை பூரணமாகப் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும்.

மனநல காப்பகங்களில் நோயாளிகள் முழுமையாகப் பரிசோதிக்கப்படுகின்றனர். (இரத்தம், சிறுநீர், பெருமூளைத் தண்டுவட நீர் ஆகியவையின் பரிசோதனை, எக்ஸ் கதிர் படங்கள்) மன நோயாளியைப் பரிசோதிக்கும் போது அவனிடம் பல்வேறு கோளாறுகள் இருக்கலாம், என எதிர்பார்க்க வேண்டும். ஒரு நோயாளி மனமருட்சியால் மட்டுமோ, பொய்கணிப்பால் மட்டுமோ பாதிக்கப்படுவதில்லை. இது தவிர மற்றும் பல கோளாறுகள் இருக்கலாம். இது தவிர அவனது ஆற்றலில் ஏற்படும் கோளாறில், சிந்திப்பது மற்றும் நடத்தை, உணர்வு நிலை ஆகியவையும் பாதிக்கப்படலாம்.

VI. சிறப்பு உள நோய் இயல்

கிருமி பாதிப்பு-சோர்வு நச்சு விளைவு உளநோய்

கிருமி பாதிப்பு, சோர்வு மற்றும் நச்சு விளைவு உளநோய் ஆகியவை தீவிர அல்லது நாட்டப்பட்ட தொற்றும் நோய்களாலும் நச்சு விளைவுகளாலும் உண்டாகின்றன.

தொற்றும் நோய்களில் டைபாய்டு காய்ச்சல் மற்றும் டைபஸ், தீவிர முடக்குவாதக் காய்ச்சல், செம்புள்ளி காய்ச்சல், நிமோனியா, நச்சான இன்புளுயென்சா போன்றவைகளை நினைவில் கொள்ள வேண்டும். ஏனெனில் இந்நோய்களில் தீவிர உளநோய் அடிக்கடி உண்டாகிறது.

மிகவும் முக்கியமான நச்சுவிளைவு நோய்கள் வருமாறு: சாராயம், உணவு நச்சு மருந்துகள், உள்ளுறுப்புக்களின் நாட்டப்பட்ட வியாதிகளில் (புற்று நோய், சிறுநீரகங்கள் மற்றும் இருதயம், கல்லீரல், இரைப்பை, குடல் வழிப்பாதை ஆகியவற்றின் நாட்பட்ட நோய்கள்) உருவாகும் அகநச்சு விளைவுகள்.

மருத்துவ மனைகளில் சிகிச்சை பெற்ற நோயாளிகளிலும் இந்த உள நோய் காணப்படுகிறது. செவிலியர்களும் அவர்களது உதவியாளர்களும் இதைக் கவனத்தில் கொண்டு உள்ளுறுப்பு நோய்களை பற்றி மட்டும் கவனிப்பது நோயாளியின் மனப்பாங்கு நடத்தை ஆகியவை பற்றியும் கவனித்து டாக்டருக்குத் தெரிவிக்க வேண்டும். கிருமி பாதிப்பு சோர்வு உளநோய் கொண்ட நோயாளிகளை மன்நல பாதுகாப்பகத்திற்கு மாற்றக் கூடாது. ஏனெனில் அங்கும் நோய் பரவ வாய்ப்புகள் உண்டு. மேலும் இது பொருத்தமில்லாததும் கூட. ஏனெனில் தோன்றிய உள நோய் சில நாட்களை நீடித்து விரைவில் மறைந்து விடலாம். ஆகவே நோயாளி தங்கி இருக்கும் இடத்திலேயே அவனுக்குப் பராமரிப்பும் சிகிச்சையும் அளிப்பது நல்லது.

உள்ளுறுப்பு நோய்களின் பலவற்றில் **அசதி நிலை** தான் அடிக்கடி உருவாகிற உளநோயாகும். தீவிர தொற்றும் நோய்களுக்குப் பின்னரும், குறிப்பிடத்தகுந்த, அறிகுறிகள் இல்லாத நோய்களுக்குப் பின்

னரும் அசதி நோய் உண்டாகிறது. சான்றாக, ஓரளவு காய்ச்சலுடன், குறுகிய கால மூச்சுப்பாதை அழற்சியுடன் உண்டான இன்புளூயென்சா நோயைத் தொடர்ந்து அசதி, பொதுப்படையான பலவீனம், மிகையான தசை மற்றும் உளஞ்சார்ந்த சோர்வு, கவனக் குறைவு, ஆகியவை தோன்றுகின்றன. டாக்டருடன் பேசிக் கொண்டிருக்கும் போதே நோயாளி எளிதில் களைப்படைகிறான். டாக்டர் சொன்னதையே மீண்டும் சொல்லவைக்கிறான். மிகுந்த சிரமத்துடன் சரியான பதிலைச் சொல்லுகிறான். இத்தகைய நோயாளிகள் பொதுவாகவே குன்றிய மனப்பாங்குடனும் பதட்ட நிலையிலும் இருக்கின்றனர். தூக்கமும் குறைவாகவும் ஆழ்ந்து இல்லாமலும் இருக்கிறது.

பல்வேறு உள்ளுறுப்பு நோய்களிலும், குறிப்பாக இருதய நோய்களிலும், பதட்டம் மற்றும் காய்ச்சல், நோய் நிலை உண்டாகி விட்டதென்ற பொய்க் கணிப்பு ஆகியவை உண்டாகின்றன.

தீவிர கிருமி பாதிப்பு சோர்வு உள நோயில், அசந்த நிலை கொண்ட பாதிக்கப்பட்ட விழிப்புணர்ச்சி தான் முக்கிய அறிகுறியாகும். சுற்றுப் புற சூழ்நிலைகளைப் பற்றி நோயாளி அசட்டையாக இருந்து வழக்கமான தூண்டல்களுக்குப் பிரதிவினை புரிவதில்லை. உரத்த கூக்குரலோ அல்லது பலமானதள்ளலோ தான், அவனை சிறிது நேரத்திற்காகவாவது தூண்டுகிறது. நடைபெற்ற எதனையும் அவன் நினைவில் கொள்வதில்லை.

கிருமி பாதிப்பில் மனப் பிதற்றல். தீவிர தொற்றும் நோயின் முற்றிய நிலையில் ஒரு மனப் பிதற்றல் நிலை உருவாகிறது. விழிப்புணர்ச்சி மங்கலடைகிறது. நோயாளி நிலை குலைகிறான். மாயத் தோற்றங்களை அனுபவிக்கிறான். பயங்கரமான மனமருட்சிகளும் தோன்றுகின்றன. இவை பார்வை மற்றும் தொடு உணர்வு சார்ந்தவையாகும். சில போது கேள்விப் புலன் சார்ந்ததாகவும் இருக்கின்றன. இது தவிர நோயாளி பினாத்தல் நிலையில் இருக்கிறான். கற்பனையான ஒரு ஆபத்தில் இருந்து தப்பி ஓட முயற்சிக்கிறான். இத்தகைய நிலையில் உள்ள நோயாளி மிகவும் ஆபத்தான நிலையில் இருக்கிறான். ஏனெனில் சாளரம் வழியே வெளியே குதித்து விடலாம். மருத்துவமனையில் இருந்து தப்பி ஓடி விடலாம். ஊழியர்களைத் தாக்கலாம்.

இந்த நோய் பல நாட்களுக்கு நீடிக்கிறது. உடல் வெப்பம் குறைந்தவுடன் விழிப்புணர்வு சீரடைகிறது. நோயாளியின் நடத்தையும் ஓரளவு சகஜ நிலை அடைகிறது. அவனால் தனது அனுபவங்களை விமர்சிக்க முடிகிறது.

கர்ப்ப நிலையின் போது, பிரசவத்தின் போது, பிரசவத்தின் பின்னர், பெண்களில் ஏற்படும் மன மாற்றங்களைக் பற்றி இங்கு விபரமாகக் குறிப்பிடுவோம். மகப்பேறு மருத்துவர்கள், இத்தகைய கேசுகளைச் சமாளிக்க நேரிடும்.

கர்ப்பம் மற்றும் பிரசவத்தின் பின்னான மனநோய். *கர்பத்தின் போது ஒரு பெண்ணிற்கு அச்சம் தோன்றலாம். ஏதாவதொன்றைச் செய்ய வேண்டும் என்ற மனப்பிராந்தி உருவாகலாம். சான்றாக மற்றவர்களுக்குத் தெரியாமல், மற்றவர்களின் ஒரு பொருளை திருட (கிளப்டோமேனியா) வேண்டுமென்ற ஒரு ஆசை உண்டாகிறது. திருடுவதிலிருந்து இது எவ்விதம் மாறுபடுகிறது எனின், திருடும் பொருள் மிகச் சாதாரண எளிய பொருளாக இருக்கும். மேலும் சில நேரம் கழித்து அந்தப் பொருளை உரியவரிடம் சேர்த்து விடுவர். பிரசவத்திற்குப் பின்னர் கிளப்டோமேனியோ நோய் உண்டாவதில்லை. இத்தகைய நோயாளிகள், பல நாட்களுக்கு உளநோய் வல்லுநரிடம் சிகிச்சை பெற வேண்டிய அவசியம் நேராது.*

கர்பத்தின் போது பல்வேறு உளநோய் நோய்க்குறியியல் வெளிப்பாடுகள் தோன்றுகின்றன. அவற்றில் மிகப் பயங்கரமானது உற்றார் உறவினரைக் கொலை செய்ய வேண்டுமென்ற அவாவோ அல்லது பிறக்கப் போகும் குழந்தையைக் கொல்ல வேண்டும் என்ற அவாவோ உண்டாகிறது. இத்தகைய அறிகுறிகள் உள்ள கர்ப்ப பெண்களை உளநோய் வல்லுநரின் பாதுகாப்பில் வைக்க வேண்டும். உள நோயாளியாகச் சேர்த்து சிறப்பு சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

பிரசவத்தின் போதோ, ஒரு சில நாட்கள் கழித்தோ பல்வேறு மனக் கோளாறுகள் தோன்றுகின்றன. இந்த மன நோயில் மனக் குழப்பமும், சீர் குலைவும் இயக்க கிளர்த்தல்களும், தொடர்பில்லாத மனமருட்சிகளும் தோன்றுகின்றன. காய்ச்சல் மற்றும் துரித நாடித் துடிப்பு போன்ற கோளாறுகளும், உண்டாகின்றன. உடனடியாக நோயாளியை மனநல காப்பகத்திற்கு அனுப்பி சிறந்த சிகிச்சைக்கு ஏற்பாடு செய்ய வேண்டும்.

பிரசவத்தின் போது ஏற்படும் கிருமி பாதிப்பாலும் உளநோய் உண்டாகிறது. இது பல மாதங்கள் நீடிக்கிறது. நச்சுக்களுக்கு எதிர் மருந்துகள் கொடுப்பதே தலையாய சிகிச்சை முறையாகும். குழந்தை பிறந்த ஒரு சில மணி நேரங்களில் பிரசவ பலவீனத்தால் உளஞ்சார்ந்த பிரதிவினைகள் தோன்றுகின்றன. பிறந்த குழந்தையின் நல்வாழ்வு பற்றிய தாயின் ஆதங்கமும் இதற்கு ஒரு காரணமாக இருக்கிறது. முதல் பிரசவத்தில் இத்தகைய பிரதிவினைகள் முக்கியமாக காணப்படுகின்றன.

கர்ப்ப நிலையின் பின்னர் நீண்ட நேர பிரசவ வேதனையை அனுபவித்த தாய்க்கு அசதி உள நோய் போன்ற பல்வேறு சிக்கல்களுக்குக் காரணமாக ஒரு பின்னனி இருக்கிறது. பிறக்கும் குழந்தை ஆரோக்கியமாக இருக்குமா? பிறவி ஊனங்கள் ஏதாவது இருக்குமா? உரிய நேரத்திற்கு குழந்தைக்கு பால் கிடைக்குமா? தவறாக தனது குழந்தையை வேறொரு தாய்க்குக் கொடுத்து விடக் கூடாதே என்ற

கவலை தனக்கு முலைப்பால் இருக்குமா? போன்ற பல மனக்கவலை களாலும் உள நோய் உண்டாகலாம். மனக் கவலையுள்ள தன்னம் பிக்கை இல்லாத தாய்மார்களுக்கு இத்தகைய பிரதிவினைகள் உண் டாகின்றன. செவிலியர்களின் இனிய அன்பான ஆதரவு சொற்கள், பெரிதும் இதமளிக்கும்.

சிகிச்சை. கிருமி பாதிப்பு நச்சு விளைவுகளுக்கு, நச்சுகளுக்கு மாற்று மருந்துகள் கொடுக்க வேண்டும். இருதய மற்றும் புப்புச நடவடிக்கைககளை ஊக்குவிக்க உரிய மருந்துகள் கொடுக்கப்பட வேண்டும். கிளர்த்தலின் போது 3% குளோரால் ஹைட்ரேட் (100 மி.லி) இனிமாவாகக் கொடுப்பது நல்லது. உளமார்ந்த கிளர்த்தலை மட்டுப்படுத்த 2.5% அமைனசின் (குளோர்புரோமசின்) கரையத்தை 2 மிலி. அலகிலோ அல்லது 0.5% டயசிபாம் (மிதைல் டயசிபினோன், செடுக்கன்) கரையத்தை 1—2 மி.லி அலகிலோ தசை ஊசியாக கொடுத்திடலாம். இதற்கு முன் இந்த மருந்துகள் அவசியம் தானா என்பதையும் கணக்கிலெடுக்கவும்.

மிகைமது நிலையும் நார்கோமேனியாவும். வெறியூட்டும் மருந்து களையும் பானங்களையும் மிகுதியாக அருந்தி மனநோய்க்கு உள் ளானவர்கள் ஒரு தனிப் பகுதியாவர். வெறிப்பூட்டும் மருந்துகளை உண்ண உண்டாகும் அடக்க முடியாத வெறியை நார்கோமேனியா என்கிறோம்.

ஒரு பரவச நிலை, துரிதமான சிந்தனை சக்தி, ஒரு நல்ல மனப் பாங்கு ஆகியவற்றை அளிக்கும் ஒரு குவளை மது, வேலைத் திற னைக் குறைத்து, அறிவாற்றலை மங்கச் செய்து, கவனச் சக்தியை பலவீனப்படுத்தி, வழக்கமாக ஆற்றப்படும் பணிகளில் தவறுகளை உண்டாக்கி, ஒருவனை மோசமடையச் செய்கிறது என்பதையும் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும். ஒரு குடிகாரன் எளிதில் பகைமை உணர்வு கொள்கிறான், எரிச்சல் அடைகிறான், மற்றவர்களிடத்தில் குற்றம் காண்கிறான். அவனது கணிப்பு தவறாக இருக்கிறது. சுய விமர்சனம் தவறாகிறது. நிலையான ஒருங்கிணைந்த அசைவுகளில் கோளாறுகள் உண்டாகின்றன. மதுவின் நச்சு விளைவில் துரிதமான நாடித் துடிப்பு, மற்றும் மிகையான வியர்ப்பு, குருதித் திரட்சியால் சிவந்த முகம் ஆகியவை உண்டாகின்றன.

இந்த நச்சு விளைவால் ஆழ்ந்த நித்திரையில் இருக்கும் அவனை எளிதில் எழுப்ப முடியாது. ஆகவே ஓரளவான மது நச்சுக் கூட தீவிர மனக் கோளாறை உண்டாக்குகிறது.

இடைவிடாது வழக்கமாக மது அருந்தினால், அது நாட்டப்பட்ட மிகைமது நிலையில் கொண்டு விடுகிறது. இங்கு உடல் சார்ந்த கோளாறுகள் தவிர மனக் கோளாறுகளும் உண்டாகின்றன. இத் தகைய நோயாளிகள், எளிதில் விரைவில் மூப்படைகின்றனர். பால் பணி இயலாமை, மற்றும் இரைப்பை, கல்லீரலின் நாட்பட்ட

அழற்சி வியாதிகள் ஆகியவை தோன்றுகின்றன. தன் நடத்தையைக் பற்றிய சுயவிமர்சனம் குறைகிறது. அவசியமில்லாத நெருங்கிய பழக்கம் தோன்றுகிறது. அவர்களது மனப்பாங்கு, முரட்டுத்தன மாக இருக்கிறது. நாணம் எதுவுமின்றி, தற்புகழ்ச்சியாக தான் அருந்திய மது, மிகப் பெரிய அளவில் உள்ளது எனப் பிதற்றுகிறான். குடிப்பதை நிறுத்த அவன் இச்சிப்பதே இல்லை; மது வாங்க திருடக் கூடத் தயாராகிறான். பணி ஆற்றல் மிகவும் குறைந்துபடுகிறது. மது அருந்தாமல் அவனால் வேலை செய்ய முடியாது. வேலையின் நடு வில் கூட, மது அருந்த முடியாததால் பலவீனம் உண்டாகிறது. பதட்ட நிலைமை, மனத் தளர்ச்சி, எதிலும் பற்றற்ற நிலை, ஆகிய வை உண்டாகின்றன. இரைப்பை குடல் கோளாறுகளும் இருதயத் தில் வலியும் அடிக்கடி உண்டாகிறது. இந்த நிலையை ''மதுவின் பின் விளைவு'' என்கின்றனர். இதற்கு மருந்துகள் தேவை. (காபீன், சூடம், புரோமைடுகள்) மிகைமது நிலையில் குடும்பம், அன்றாட வாழ்க்கை, அலுவலகம் ஆகியவற்றில் சச்சரவுகள் தோன்றுவது தவிர்க்க முடியாததாகும். மிகையாக மது அருந்திய காலம், அருந் திய மதுவின் அளவு, இதன் தீய விளைவுகள் (தலைக்காயம், கிருமி பாதிப்பு) ஆகியவற்றைப் பொறுத்து, நாட்பட்ட மிகை மது விளை வின் மருத்துவ வெளிப்பாடு அமைகிறது. பெரும்பாலான இத்தகைய நோயாளிகள், நிமோனியா, இன்புளுயென்சா போன்ற வியாதிகளால் மரணம் அடைகின்றனர். ஏனெனில் இவர்களின் எதிர்ப்பு சக்தி மிகவும் குறைந்து விடுகிறது.

டிப்சோமேனிய (மது வேண்டி மிகையான தாகம்) அடிக்கடி அடக்க முடியாத அளவில் மது அருந்துதல். இங்கு நோயாளி வியாகு லத்துடனும் தளர்ந்த மனப்பாங்குடனும் இருக்கிறான். இதன்பின்னர் மது அருந்தத் தொடங்குகிறான். இதுவும் ஒருவகையான மனோ வியாதியே. மற்ற நேரங்களில் மது அருந்துவதில்லை.

குழந்தையிலும், நிறை இளம்பருவத்தினரினும் மது, மிகப் பெரிய தீங்கை விளைவிக்கிறது என்பதைக் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும், இங்கு மதுவுக்கு அடிமையாவது, மிகவும் எளிதிலும் விரைவிலும் நடைபெறுகிறது. இதனால் மனோ உடல் வளர்ச்சி குன்றி விடுகிறது.

நாட்பட்ட மிகை மது விளைவால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு தனியான சிறந்த சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும். மதுவை நிறுத் துவதில் மிகவும் முக்கியமானது. நோயாளியின் மனோதிடம்தான். அவனுடன் பணிபுரியும் சக ஊழியர்களும், சமூக நிறுவனங்களும் பெருமளவில் உதவி புரிய முடியும். மது அருந்துவதற்கான சூழ்நி லையை தவிர்க்க வேண்டும். தனிச்சிறப்பு வாய்ந்த மன நல காப்ப கங்களில் சிகிச்சை அளிப்பது நல்லது.

அபோமார்பின் மருந்தின் உதவியால், மதுவிற்கு ஒரு எதிர்

மறையான கட்டுப்பட்ட அனிச்சை உருவாக்குவது தான் முந்திய கால சிகிச்சை முறையாகும். அது வருமாறு: 0.5% அபோமார்பின் கரையத்தை 0.5 மி.லி அலகில் சரும அடி ஊசியாக நோயாளிக்குச் செலுத்திய பின்னர், மதுவை நோயாளிகளுக்குக் கொடுத்து முகர்ந்து பார்க்கப் பணிக்கிறான். மதுவை அருந்தினால் குமட்டலும் வாந்தியும் வரும் என்றும் அவனால் குடிக்க முடியாது என்றும் அறிவுறுத்தப்படுகிறான். 5—10 நிமிடங்களுக்குப் பின்னர் அபோமார்பின் விளைவால் வாந்தி உண்டாவதுடன், நோயாளிக்கு ஒரு குளையில் மது கொடுத்து அதைக் குடித்தால் வாந்தி வரும் என்று சொல்ல வேண்டும். நிச்சயமாக வாந்தியும் குமட்டலும் உண்டாகும். தினமாகவோ, ஒரு நாள்விட்டு ஒரு நாளாகவோ இந்த முறை 10—30 நாட்களுக்கு பின் பற்றப்பட வேண்டும். இதனிடையில் மதுவிற்கான வாந்தி அனிச்சை உண்டாகிவிடும். இந்தச் சிகிச்சை முறையில், செவிலியர்கள் முக்கிய பங்கு எடுக்கின்றனர்.

ஆப்ஸ்டினைல் எனப்படும் டெடுராம் (டெட்ரா ஈதைல்தையூரம் டைசல்பேட்) ஆண்டாப்யூஸ், டெகா போன்ற பல மருந்துகள், நாட்பட்ட மிகை மது நிலைக்கு பலன் அளிக்கின்றன. இத்துடன், உள நோய் சிகிச்சையும் சேர்ந்தால் மதுவிற்கு கட்டுப்பட்ட எதிர்மறை பிரதிவினை உண்டாகிறது. டாக்டரின் மேற்பார்வையில் நன்கு பயிற்சி பெற்ற ஒரு செவிலியர் டெடுராம் சிகிச்சையை அளிக்க முடியும். உள நோயாளிகளுக்கு கீழ்க்கண்டவாறு சிகிச்சை அளிக்கலாம்: காலையிலும் மாலையிலும் 0.5 கிராம் அலகில் வாய் வழியாக டெடுராம் அளிக்கப்படுகிறது. பின்னர், தினமுமான அலகு 0.15 கிராமாக குறைக்கப்படுகிறது. இரண்டு மூன்று நாட்களில் நோயாளிக்கு, பகலில் 15—30 மி.லி மது, அளிக்கப்படுகிறது. 10—15 நிமிடங்களில் குருதி திரட்சி ஏற்பட்டு அவனது முகமும் மார்பும் சிவந்து விடுகின்றன: வெப்ப உணர்வு ஏற்படுகிறது; மூச்சு விடுவதில் சிரமம் ஏற்படுகிறது; இருதயத் துடிப்பு துரிதமடைகிறது; அச்ச உணர்வும் உண்டாகிறது; பரிசோதித்தால் துரிதமான நாடித் துடிப்பு இருந்த போதிலும் அதன் கொள்ளளவு குறைகிறது. இரத்த அழுத்தம் குறைகிறது. டெடுராம் சிகிச்சையில் மதுவின் அரைகுறை எரி பொருட்கள் இரத்தத்தில் தேக்கமடைவது (அசிடிக் அல்டிஹைடு) நோயாளிகளால் பொறுத்துக் கொள்ள முடியாத ஒன்றாகும். இந்த நிலை ஒரு மணி நேரத்திற்கு மேலாக நீடிக்கிறது. அத்தகைய பரிசோதனைகளை மீண்டும் மீண்டும் செய்தால், மதுவை வெறுக்கும் படியான கட்டுபட்ட அனிச்சை ஸ்திரமடைகிறது.

மேற்கூறிய இரத்த நாளப் பிரதிவினைகள் தீவிரமாக ஏற்படும் போது பயங்கர விளைவுகள் ஏற்படலாம். அதை நர்சுகள், கவனத்தில் கொண்டு நோயாளியைக் காப்பாற்றுவதற்கான அவசர முறைகளைக் கையாளத் தயாராக வேண்டும். இந்தச் சிக்கலின் பயங்கர



படம் 30. டெலிரியம் டிரெமன்ஸ் (மனப் பிதற்றல்). நோயாளி ''சிறிய ஊர்ந்து செல்லும் பிராணிகளை''ப் பிடிக்கிறான்

அறிகுறிகளைக் கட்டுப்படுத்த தேவையான மருந்துகளைத் தயார் நிலையில் வைக்க வேண்டிய பொறுப்பு ஒரு செவிலியர் அல்லது டாக்டரின் உதவியாளர் ஒருவரின் பொறுப்பாகும். காபீன், கூடம், எபிட்ரின், லொபீலின் போன்ற மருந்துகள் இதில் அடங்கும். சிகிச்சையின் போது, டாக்டர் அனுமதி கொடுக்கும் வரை நோயாளியின் அருகிலேயே செவிலியர் இருக்க வேண்டும். செயற்கை முறை சுவாசத்தைப் பற்றி செவிலியர் நன்கு தெரிந்திருக்க வேண்டும்.

மேற்கூறிய பரிசோதனைக்குப் பின்புதிய சிக்கல்கள் தோன்றாமல் இருக்க நோயாளிக்கு பல மணி நேரங்கள் பூரண ஓய்வு கொடுக்க வேண்டும். இந்தக் கால வரையின் போது நோயாளியின் நடத்தையையும் நிலையையும் கண்காணிப்பது நர்சுகளின் பொறுப்பாகும். டெடுராம் சிகிச்சைக்குப் பின்னர், மீண்டும் மது அருந்தும் நபர்களில் தோன்றும், அண்டாப்யூஸ் மது பிரதிவினைகளின் மருத்துவ வெளிப்பாட்டை பற்றி, மற்ற மருத்துவ மனைகளில் பணிபுரியும் செவிலியர்கள் தெரிந்திருக்க வேண்டும்.

சிகிச்சை முடியும்போது மதுவைக் கண்டவுடனேயே குமட்டலும், வாந்தியும் தோன்றும். ஆகவே நோயாளி மது அருந்துவதை முழுவதுமாகக் கைவிடுகிறான். பெரும்பாலான கேசுகளில் சிகிச்சைக்கு நல்ல பலன் கிடைக்கிறது.

ஒரு அலமாரியில் உள்ளே, ஒளி புகாவண்ணம் டெடுராம்பவுடரும், மாத்திரைகளும் சேமித்து வைக்கப்படுகின்றன.

மதுவை மித மிஞ்சிக் குடிப்பவனுக்கும் அவனது உறவினர்களுக்கும் சுகாதாரக் கல்வி மிகவும் அவசியம். இதன் மூலம் நாட்பட்ட மது மிகைக் கேசுகளைத் தவிர்க்கலாம். டாக்டர்களும், செவிலியர்களும் இத்தகைய சொற்பொழிவுகளை ஆற்றுகிறார்கள்.

தீவிர மனநோய் மற்றும் மனப்பினாத்தல், மது சார்ந்த மன மருட்சி, ஆகியவை நாட்பட்ட மது மிகை நிலையில் காணப்படுகின்றன.

நடுக்கத்துடன் கூடிய மனப் பிதற்றல் (பினாத்தல்) நீண்ட நாட்களாக மது மிகையாக அருந்தியதால் விளையும் தீவிர மன நோயாகும். நிமோனியா, இன்புளுயென்ஸா போன்ற வியாதிகளுக்குப்பின்னர், நாட்பட்ட மதுமிகைநிலை நோயாளிக்கு இந்நோய் உண்டாகிறது, அல்லது பொது அல்லது தலமயக்க மருந்தின் பின் செய்யப்படும் அறுவை சிகிச்சைக்குப் பின்னரும் மனப் பிதற்றல் உண்டாகலாம். பொது மருத்துவ மனைகளில் தங்கி இருக்கும் நோயாளிகளிடையே மனப் பிதற்றல், பெரும்பாலும் தோன்றுகிறது. இத்தகைய நோயாளிகளை, சதா கண்டிப்பான கவனத்துடன் மேற்பார்வையிடுவது மிகவும் அவசியம். ஏனெனில் அவர்கள் தங்களுக்கும் மற்றவர்களுக்கும் ஆபத்தாக இருக்கிறார்கள்.

பொது உடல் நிலை குறைந்து மிகையான வியர்வை சுரப்பு, தூக்கமின்மை, பயங்கரமான தீங்கனக்கண், பதட்ட நிலை, குறிப்பாக மாலை நேரங்களில் பயம் ஆகியவற்றுடன் மனப் பிதற்றல் துவங்குகிறது. இந்த அறிகுறிகள் தோன்றியவுடன் நோயாளி இடைவிடாது கண்காணிக்கப்படுகிறான். ஒரு மனோ சிகிச்சை நிபுணர் வரவழைக்கப்பட வேண்டும். தீவிர வகைகளில், மந்த விழிப்புணர்ச்சி, இடம் மற்றும் நேரம், சுற்றுப்புறம் பற்றிய நினைவின்மை உண்டாகிறது. நோயாளிக்கு பார்வை மற்றும் கேள்விப் புலன் சார்ந்த மனமருட்சி உண்டாகிறது. அவை பயங்கரமாகவும் இருக்கின்றன. (படம் 30) அவன் தன்னைத் தாக்க வருகின்ற ''எலிகள், மற்றும் சுண்டெலிகள், அரக்கர்கள்'' ஆகியவற்றைக் காண்கிறான். சிலபோது அவன் அச்சுறுத்தல்களையோ, உத்தரவுகளையோ கேட்கிறான், ஒரு அச்ச உணர்வு உண்டாகிறது. தன்னை யாரோ துன்புறுத்து வருவதாக கற்பனை செய்கிறான். இத்தகைய நிலைகளில் இருந்து தன்னைப் பாதுகாத்துக் கொள்ள அருகில் உள்ளவர்களைத் தாக்க முனைகிறான். சாளரம் வழியாக வெளியே குதிக்க முயற்சிக்கிறான். எந்த வகையிலாவது தற்கொலை செய்ய முயற்சிக்கிறான். அச்சமும், பதட்டமும் இரவில் அதிகரிக்கிறது.

டெலிரியம் டிரெமன்ஸ் நோயாளிக்கு எளிதில் மனமருட்சியை

உண்டாக்கி விடலாம். சான்றாக, ஒரு சுத்தமான காகிதத்தை அவனிடம் கொடுத்து அதில் ஏதோ தெரிவதாகக் கூறினால், தனது மன மருட்சி அனுபவங்களை விவரிக்கத் துவங்குகிறான்.

டெலிரியம் டிரைமென்சில் வியாதியில் விரல்கள் மற்றும் நாக்கு, கண் இமைகள், முழு உடல் ஆகியவை நடுக்கமடைகின்றன. அதனால் தான் அதை டெலிரியம் டிரெமன்ஸ், (நடுக்கத்துடன் கூடிய மனப் பிதற்றல்) என்கிறோம். (டிரெமன்ஸ் என்றால் நடுக்கம் என்று பொருள்) முகம் சிவந்து காணப்படுகிறது. உதடுகள் நீலநிறமாகஇருக்கின்றன. நாடித் துடிப்பு துரிதமாகவும், பலவீனமாகவும் இருக்கிறது. இருதயத் தொனிகள் மந்தமாக இருக்கின்றன. அதிகமாக வியர்வை சுரக்கிறது. நரம்பு மண்டலஞ்சார்ந்த அறிகுறிகளாவன: கண் பாவைகள், ஒளிக்குப் பிரதிவினை புரிவதில்லை, நாண் அனிச்சைகள் மிகையாக இருக்கின்றன. உடல் வெப்பம் அதிகமாகவே இருக்கிறது. ஆழ்ந்த தூக்கத்திற்குப் பின் 3—7 நாட்களுக்குப்பிறகு இந்த மன நோயின் பெரும்பாலான கேசுகளில் அறிகுறிகள் குறைகின்றன. சில போது இந்த நோயின் சிக்கலாக இருதய பலவீனம் உண்டாகிறது. டெலிரியம் டிரெமன்ஸ் துவங்குவதற்கு மிக முக்கிய அம்சம் கல்லீரல் சீர் கெட்டுப் போவதால் தான். நீண்ட காலமாக மது அருந்தும் போது, அதன் வளர் சிதை மாற்ற இடைப் பொருட்களை, கல்லீரலால் நச்சற்றதாக மாற்ற இயலவில்லை.

சிகிச்சை. பொது மருத்துவ மனையில் உள்ள, மிகையான மது அருந்தும் ஒரு நோயாளி தூக்கமின்மை மற்றும் இரவிலும் மாலையிலும் ஒரு அச்ச உணர்வு கொண்டால், அவனுக்கு உடனடியாக அவசர சிகிச்சைக்கு ஏற்பாடு செய்ய வேண்டும். டெலிரியம் டிரைமன்ஸ் நோயாளி தனிப்பட்ட முறையில் கண்காணிக்கப்பட்டு இடைவிடாது மேற்பார்வையில் இருக்க வேண்டும். 3—5 நாட்களுக்கு நீடிக்கும் மனப்பிதற்றலைத் தொடர்ந்து ஆழ்ந்த தூக்கம் உண்டாகிறது. சக்தி வாய்ந்த துயில் மாத்திரைகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. 6% குலோரால் ஹைட்ரேட் 50 மி.லி அலகில் இனிமாவாகக் கொடுக்கப்படுகிறது. அடோனிலின் என்ற (அடோனிஸ் பிழிசாறு) இருதய ஊக்கி மருந்தை 15—20 சொட்டுக்குள் என்ற அலகில் தினமும் மூன்று வேளை கொடுக்க வேண்டும். இருதய முறிவின் போது கார்டியோமைன் (நிகதமைட்) அல்லது காபீன், அட்ரீனலின் முதலியன ஊசி மருந்தாகப் பலன் அளிக்கின்றன. டெலிரியம் டிரமென்சில் தோன்றும் உளஞ்சார்ந்த இயக்கக் கிளர்த்தலுக்கு கீழ்க்கண்டவை நல்ல பலன் அளிக்கின்றன: டையசிபாம் (0.005 கிராம் அலகில் தினமும் வாய் வழியாக மூன்று தடவைகள் அல்லது 0.5% கரையம் 2 மி.லி அலகில் தசை ஊசியாக) அமினோ சினையும் கொடுக்கலாம். (0.025 கிராம் அலகில் தினமும் மூன்று வேளையாக குதம் வழியாக அல்லது 2.0—4.0 மி.லி அலகில் 2.5% கரையத்தை தசை ஊசியாக).

சில போது உளஞ்சார்ந்த நிகழ்வுகள் பகலில் குறைந்து இரவில் அதிகரிக்கின்றன.

மார்ஃபினிஸம். அபின் அல்கலாய்டான மார்ஃபினை வழக்கமாகப் பயன்படுத்தினால் மார்பினிசம் தோன்றுகிறது. பல்வேறு நோய்நிலைகளுக்கு மயக்க மருந்தாக மார்ஃபின் உபயோகிக்கப்படுகிறது. இதனால் இது ஒரு பழக்கமாகி அதற்கு நோயாளி அடிமையாகிறான். இதனால் தான் மார்பியாவை நீண்ட நாட்களுக்கு பயன்படுத்தக் கூடாது. மார்ஃபினை எடுத்துக் கொண்டால் மனப்பாங்கு உயர்கிறது. பெரு மகிழ்ச்சி உண்டாகிறது. தற்காலிக பேரின்ப நிலை உருவாகிறது. இதனால்தான் இந்த மருந்துக்கு எளிதில் அடிமையாகிறார்கள்.

மார்ஃபினுக்கு அடிமையாகி விட்டால் மார்ஃபினின் அலகை அதிகரிக்க வேண்டும். இதன் விளைவாக மார்ஃபின் அடிமை, தினமும் பல கிராம்கள் எடுக்க வேண்டியுள்ளது. இந்த மருந்து இல்லாமல், அவனால் இருக்கவே முடியாது. இத்துடன், மார்ஃபின் அடிமை, மற்றும் பல தூக்க மருந்துகளும் பயன்படுத்துகிறான்: ஆம்னோபான் (பேன்டோபான்), ஓபியம், ஈதைல் மார்பின் ஹைட்ரோகுளோரைடு, கோடீன், புரோமிடால் (டிரைமெபரிடின்). ஒரு நோயாளி திடீரென்று தூக்க மருந்துகள் உபயோகிப்பதை நிறுத்தி விட்டால் கீழ்கண்ட விளைவுகள் உண்டாகின்றன: பொதுப்படையான பலவீனம், தலைவலை, வாந்தி, வயிற்றுப்போக்கு, இருமல், துரித நாடித் துடிப்பு, சிரம மூச்சு, குறைவான இரத்த அழுத்தம், பீதி மற்றும் அச்சம் தூக்கமின்மையுடன் கூடிய மனத் தளர்ச்சி. இந்த நிலையில் உள்ள மார்ஃபின் அடிமை, இந்த மருந்தைப் பெற என்ன வேண்டுமானாலும் செய்வான். மருந்துக் கிடங்கிலிருந்து மருந்தைத் திருடக் கூடச் செய்வான்.

மருந்தை நிறுத்த வேண்டும் என்ற நிலையில் உள்ள நோயாளிகளை, செவிலியர்கள் நன்கு கண் காணிக்க வேண்டும். டாக்டர் பரிந்துரைத்த மருந்துகளை மட்டுமே கொடுக்க வேண்டும். இருதயப் பணிகள் பலவீனமடைந்தால், உடனே டாக்டருக்கு செய்தி அனுப்ப வேண்டும். அது சாத்தியமில்லையெனில் கார்டியமைன், காஃபீன் அல்லது சூடம் அல்லது ஏதாவதொரு இருதய ஊக்கி மருந்தை சரியான அலகில் தசை ஊசியாகச் செலுத்த வேண்டும்.

மார்ஃபினின் நாட்பட்ட நச்சு விளைவால் பாதிக்கப்பட்ட நோயாளிகளுக்கு பசியின்மை, எடை இழப்பு, உலந்த சருமமும், சிலேட்டுமப் படலமும்; துரிதமான நாடித் துடிப்பு, வீக்கம் உண்டாகிறது. இரத்த அழுத்தம் அதிகரிக்கிறது. நாண் அனிச்சைகள் துரிதமடைகின்றன. விரல்களின் உதறல் காணப்படுகிறது. மார்ஃபின் அடிமைகள் பலவீனமாக, மன உறுதியற்று, ஞாபகசக்தி குறைந்து காணப்படுகிறார்கள். தூய்மை பற்றிய நியதிகளை மறந்து தங்களுக்குத்

தானே மார்ஃபின் ஊசி போட்டுக் கொள்கிறார்கள். மார்ஃபின் அடிமைகள் எங்கெங்கு ஊசி போட்டுக் கொள்கிறார்களோ அங்கெல்லாம் சருமத்தில் சிறிய சீழ்க்கட்டிகள் காணப்படுகின்றன.

நார்கோமேனியாவில் மற்றும் பல வகைகள் உண்டு. அவற்றில் ஒன்றுதான் பார்பிடுரேட் அமில மருந்துகளைப் (பார்பிடால் சோடியம், பினோபார்பிடால் சோடியம், பார்பிடால்) பயன்படுத்துவது. இதன் கருத்துவ வெளிப்பாடுகள், சாராய நச்சு விளைவைப் போன்று இருக்கிறது. அசாதாரணமான மகிழ்ச்சியான மனப்பாங்கு, உளறல் பேச்சு, சீறற்ற அசைவுகள், பார்பிடுரேட் நார்கோமேனியாக்களுக்கு பார்பிடுரேட்டுகள் கொடுக்கக் கூடாது. குளுகோஸ் மற்றும் வைட்டமின்கள், இருதய ஊக்கிகள் ஆகியவை கொண்டு இந்த நோயாளிகளுக்கு சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். இவர்களுக்கு அமினசைன் போன்ற மருந்துகளும் கொடுக்கக் கூடாது. ஏனெனில் இவை தூக்க மருந்துகளின் விளைவை அதிகரிக்கின்றன.

அட்ரோபினால் நச்சு விளைவு (மிகையான அலகில்) அடையும் சாத்தியக் கூறுகளையும் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும். அதன் வெளிப்பாடுகளாவன: உலர்ந்த வாய், பாவைகளின் விரிவு, உளறல் பேச்சு, உலர்ந்த சருமம், விழுங்குதல் சிரமம், உள இயக்க கிளர்த்தல், பொய் கணிப்புகள், மனமருட்சிகள், தீவிரமான கேசுகளில் வலிப்புகளும் நினைவிழப்பு நிலையும் உண்டாகின்றன. இரத்த அழுத்தம் குறைகிறது. பலவீனமான நாடித் துடிப்பு, மூச்சுவிடல் நின்று விடுவதால் மரணம் சம்பவிக்கிறது. அவசர சிகிச்சை வருமாறு: இரைப்பையைக் கழுவுதல், 1% பைலோகார்பின் கரையம் 1மி.லி அலகில் ஊசியாக அல்லது 0.05% புரோசெரின் (நியோஸ்டிக்மிக்) கரையம் (சரும அடி ஊசியாக) 2.5% அமினசைன் கரையம் 3.0 மி.லி அலகில் சரும அடி ஊசியாகச் செலுத்தினால் உள இயக்கக் கிளர்தல் சீரடைகிறது.

அடிக்கடி காணப்படும் கெட்ட வழக்கங்களில் **நிகோடினிசம்** ஒன்றாகும். பெரு மூளை மற்றும் புற நாளங்களை சுருக்குவதோடல்லாமல் அவற்றை நிகோடின் அடைக்கவும் கூடும். இதனால் தமனி உட் சுவர் அழற்சி ஏற்பட்டு அடைபடுகிறது. நிகோடினிசத்தில் மன நடவடிக்கைகள் பாதிக்கப்படுகின்றன. தசை விறைப்பு குறைகிறது. நோயாளிகளை புகை பிடிப்பதில் இருந்துதடை செய்வது செவிலியர்களின் கடமையாகும்.

இடைவிடாத செயலிழப்பு என்பது நரம்பு மண்டல கிரந்தி நோயின் முற்றிய நிலையாகும். கபால பெருமூளை சேதாரம் மற்றும் மிகை மது, கிருமிப் பாதிப்பு, ஆகியவற்றால் இடைவிடாத செயலிழப்பு ஊக்குவிக்கப்படுகிறது. நோயின் துவக்க நிலையில் நரம்புத் தளர்ச்சிக்கான அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன. அவையாவன: சிடுசிடுப்பு, கவனக் குறைவு, பணி ஆற்றும் திறமைக் குறைவு. தளர்ச்சியால்

தான் இந்த அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன, என நோயாளி நம்புகிறான். தன்னிடம் காணப்படும் மாற்றங்களான நடத்தை, மனப்பாங்கு, பணியாற்றும் திறன் ஆகியவற்றைப் பற்றி கவனிப்பதில்லை. டாக்டரை கலந்து ஆலோசிக்க மறுக்கிறான். மிகையாக உணர்ச்சி வசப்படல், ஆசைகள் அடங்காமை, அருவருப்பான நடத்தை ஆகியவையே இடைவிடாத செயலிழப்பின் அறிகுறிகளாகும். நோயாளிக்கு சிந்தனை எதுவுமே கிடையாது. ஊதாரித்தனமான செலவாளியாக இருக்கிறான். தேவையற்றவைக்கு வீணாகப் பணத்தை விரயம் செய்கிறான். முழுமையான உடல் மற்றும் நரம்பு மண்டலப் பரிசோதனையில் கீழ்க்கண்டவை தெரிய வருகிறது: அர்கைல்ராபர்ட்சன் அறிகுறி, (கண்பாவைகள் ஒளிக்கு பிரதிவினை புரியாவிடினும் தக அமைவு கொண்டுள்ளன) மூக்கு உதடு மடிப்பு மறைந்து விடுகிறது. சீறற்ற நாண் அனிச்சைகள், இடைவிடாத செயலிழப்பில் உளறல் பேச்சு, நரம்பியல் சார்ந்த துவக்க அறிகுறியாகும். மிகவும் கடினமான நாக்கைச் சுழற்றும் வார்த்தைகளை—அவனால் உச்சரிக்க முடியாது. எழுதும் திறனும் பாதிக்கப்படுகிறது. கையெழுத்து அசிங்கமாக இருக்கிறது. எழுத்துக்களை விட்டு விடுகிறான், அல்லது திரும்பத் திரும்ப எழுதுகிறான். நோயின் இந்த நிலை பல வாரங்களில் இருந்து இரண்டு மூன்று மாதங்கள் நீடிக்கிறது.

இடைவிடாத செயலிழப்பின் இரண்டாவது மூன்றாவது நிலைகளில் முற்றிய கிறுக்குத் தனம் காணப்படுகிறது. உச்சரிக்க முடிந்த வார்த்தைகளை உச்சரிக்கிறான். படிப்படியாக செயலிழக்கிறான். தன் நினைவின்றியே சிறுநீரும் மலமும் வெளிப்படுகிறது. தசை அழிவு துரிதமாகப் பரவுகிறது. நோயாளி முழுமையாக ஏலாத நிலையில் இருக்கிறான். தன்னைத் தானே பராமரிக்க முடியாத நிலை. படுக்கைப் புண்கள் விரைவில் உண்டாகின்றன. இத்தகைய நோயாளிகளைப் பராமரிக்க வேண்டியது செவிலியர்களின் கடமையாகும்.

இடைவிடாத செயலிழப்பு, 7—15 வயது சிறுவர்களிலும் காணப்படுகிறது. இது பிறவிக் கிரந்தி நோயின் விளைவாகும். குன்றிய மனோ உடல் வளர்ச்சி தான் இதன் பிரதான அறிகுறியாகும். இந்த நோய் 4—6 வருடங்கள் நீடித்து பின்னர் மரணத்தில் முடிகிறது. மனவளர்ச்சி முழுமையாகக் குன்றிய குழந்தைகளை நன்கு பராமரிக்க வேண்டும். செவிலியர்களும் அவர்களது உதவியாளர்களும் குழந்தைகளுக்கு உணவளித்து அவர்களது உடல் நிலையைக் கவனிக்க வேண்டும்.

சிகிச்சை. 1875ல் ஏ. ரோசன் பிளம் என்ற ருஷ்ய நாட்டு மனோ நோய் வல்லுநர், முதல் தடவையாக இடைவிடாத செயலிழப்பிற்கு ஒரு சிகிச்சை முறையை பணித்தார். இங்கு, மீண்டும் மீண்டும் காய்ச்சலை உண்டாக்கி, சிகிச்சை அளிக்கின்றனர். இதற்காக,

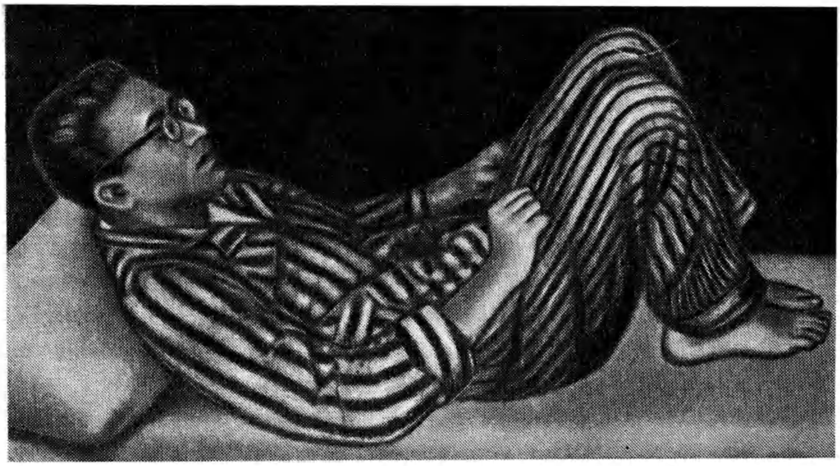
நோயாளிகளுக்கு மலேரியா காய்ச்சல் உண்டாக்கப்படுகிறது. இருதய முறிவு உள்ள நோயாளிகளுக்கு சரும அடி ஊசியாக 1% சுத்திகரிக்கப்பட்ட சல்பர், சல்பாசின் (சல்பாடையசின்)கொடுக்கப்படுகிறது. இதனால் உடல் வெப்பம் 39—40 டிகிரி செ ஆக உயருகிறது. பின்னர், இடைவிடாத செயலிழப்புக்கு பெனிசிலினும், மலேரியா சிகிச்சையும் கொடுக்கப்படுகிறது. துவக்கத்திலேயே அளிக்கப்பட்ட சிகிச்சை, வியாதியை அகற்றுகிறது அல்லது நீண்ட காலத்திற்கு நோய் மறைந்து கிடக்கிறது.

சைசோபிரனியா (மூளை நசிவு நோய்)

சைசோபிரனியாதான், அதிகமாகக் காணப்படும் மன வியாதியாகும். 17 வயது முதல் 35 வயது வரை இந்த வியாதி உருவாகிறது. புளூலர் என்பவர் இந்த வியாதியைக் கண்டுபிடித்தால், புளூலர் வியாதி என்று கூட அழைக்கலாம். நோயின் அறிகுறிகளும் போக்கும் பல்வேறு வகைப்படுவதால் மருத்துவ வெளிப்பாடுகளும் அங்ஙனமே உள்ளன. சைசோபிரனியா நோய் கீழ்க்கண்ட நான்கு மருத்துவ வகைகளாகப் பிரிக்கப்படுகின்றன: 1. கடாடோனியா, 2. ஹெபிபிரனியா, 3. சாதாரண சைசோபிரனியா, 4. மனமருட்சி கொண்ட பாரானாய்டு சைசோபிரனியா.

கடாடோனியா. இதில் இரண்டு நோய் குறித் தொகுதிகள் காணப்படுகின்றன: உணர்விழப்புடன் கூடிய கடாடோனியா, கிளர்த்தலுடன் கூடிய கடாடோனியா. **உணர்விழப்புடன் கூடிய கடாடோனியாவில்** நோயாளி மரக்கட்டை போன்று ஆபாசமான தோணைரயில் இருக்கிறான்.

உதாரணமாக, கைகளையும், கால்களையும் மடக்கி நாடியை மார்பு மேல் அழுத்தி தலையணையில் இருந்து தலையை உயர்த்திக் கொண்டிருப்பான். (படம் 31) இந்த நிலையில் இருந்த போதிலும், அவனிடம் சொல்வதை, உணர்ந்து கொள்கிறான். தனது பயங்கரமான நிலையை உணருகிறான். சில வேளைகளில் தனது சுற்றுப்புற சூழ்நிலைகளையும் சரியாக உணருகிறான். உணர்விழப்பு நிலையில் இருந்து அவன் சீரடைந்தவுடன் நோயாளியுடன் பேசிப் பார்த்தால் அவன் நல்ல நிலையில் இருப்பது தெரிய வருகிறது. கடாடோனியாவில் முக்கியமான ஒரு அறிகுறி என்னவெனில் எதிர் மறை நிலை (நெகடிவிசம்). அதாவது நோயாளியை ஏதாவது செய்யப் பணித்தால் அவன் அதற்கு நேர்மாறாக செய்கிறான். நாக்கை வெளியே நீட்டு என்றால் வாயை நன்கு மூடிக் கொள்கிறான். கையை உயர்த்தச் சொன்னால், கையை மடக்கிக் கொள்கிறான். அறையினுள் செல்லச் சொன்னால், எதிர்ப்புத் தெரிவிக்கிறான். உணவை



படம் 31. கடாடோனியா நிலையில் உள்ள ஒரு நோயாளி. சைசோபிரனியாவின் ஒருவகை

மறுக்கிறான். உணவூட்ட முயற்சித்தால் வாயை மூடிக் கொள்கிறான். உணவூட்ட முயற்சிப்பவன் வெளியே சென்றுவிட்டால், நோயாளி தானாகவே உணவை உண்ணுகிறான்.

கடாடோனியாவின் மருத்துவ வெளிப்பாட்டில் கீழ்க்கண்டவை அடங்கும்: **எகோலேலியா, எகோபிராக்சிஸ், ஒரே மாதிரியான இயக்கக் கிளர்த்தல்.** மேலே கூறியது போல், எகோலேலியாவில், சொன்ன வார்த்தைகளையே திருப்பிச் சொல்கிறான். உச்சரிப்பும் அது போன்றே இருக்கிறது. உதாரணமாக டாக்டர் ''நீ எப்படி இருக்கிறாய்?'' என்று விசாரித்தால் நோயாளி ''நீ எப்படி இருக்கிறாய்'' என்று திரும்பிக் கேட்கிறான். எகோபுராக்சிசில் அவனைச் சுற்றியுள்ளவர்கள் என்ன செய்கிறார்களோ அது போன்றே நோயாளி செய்கிறான்.

உணர்விழப்புடன் கூடிய செயலிழப்பு, ஊமைத்தனம், எதிர் மறைத்தனம், எகோலேலியா, எகோபிராக்சிஸ் போன்ற கடாடோனியாவின் எல்லா அறிகுறிகளும் மற்றவகையான சைடோபிரனியாவில் காணப்படுகிறது. அப்போது இதை 2 ம்தர கடாடோனியா என்கிறோம். சிறிதும் குறையாது, கடாடோனியா முற்றுநிலை அடைகிறது. திடீர்திடீரென்று கிளர்த்தலும், உணர்விழப்பும் கொண்ட கடாடோனியா நோய், படிப்படியாக குணம் அடைகிறது.

கடாடோனிய கிளர்த்தல் திடீரென்று உண்டாகிறது. நோயாளி எங்கே ஓடிவிட முயற்சிக்கிறான். ஒரே மாதிரியான தேவையற்ற

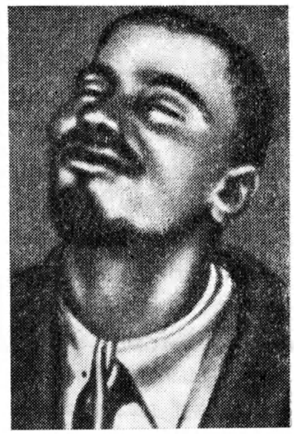
அசைவுகளைக் காண்பிக்கிறான். தனது நிலையை மாற்றாமலும், ஒரு வார்த்தை பேசாமலும் நீண்ட நேரம் கைகளையும் கால்களையும் ஆட்டிக் கொண்டே இருக்கிறான். அவனது பேச்சில் பொருள் எதுவும் இல்லை. அவனது நடத்தை அனைத்துமே உந்தல்பால்பட்டது. நிம்மதியாகப் படுத்துக் கொண்டிருந்தவன் திடீரென்று குதிக்கிறான். பக்கத்தில் உள்ள நோயாளியின் மீது விழுகிறான். அவர்களை அடிக்கிறான். மறுபடியும் மரக்கட்டை போல் படுத்துவிடுகிறான்.

கடாடோனியாவில் உள்ளுறுப்பு இயக்கக் கோளாறுகள் அதிகமாக காணப்படுகின்றன: எண்ணெய் வழிந்த முகம், உள்ளங்கையிலும், பாதங்களிலும் மிகையான வியர்ப்பு பலவீனமான நாடித் துடிப்பு, குறைந்த இரத்த அழுத்தம்.

ஹைபிபிரனியா அல்லது சைசோபிரனியாவின் இளம்பிராயவகை. இந்த வகையான சைசோபிரனியாவில், சிறுபிள்ளைத்தனம் மற்றும் அசட்டுத்தன நடவடிக்கை, கோர்வையற்ற எண்ணங்கள் முதலியன காணப்படுகின்றன. ஒருவன் புரியும் அற்பத்தனமான செய்கையைக் கொண்டு தற்செயலாக இந்த வியாதி கண்டுபிடிக்கப் படுகிறது. சான்றாக, ஒரு பொது இடததில் ''உதவி'' என்ற காரணம் இன்றி கூப்பாடு போட்டதற்காகவும், மற்றொரு தடவை ஒரு பெண்மணியின் முகத்தின் மீது துப்பியதற்காகவும் அந்த நோயாளி காவல் நிலையத்திற்குக் கொண்டு செல்லப்பட்டான். இதன் பின்னர் தான் மனநோய் மருந்தகத்தில் சேர்க்கப்பட்டான். இந்த நோய் கண்ட ஒருவன், அற்பத்தனமான நடத்தை கொண்டுள்ளான். வலிச்சம் காட்டுகிறான். கிண்டல் செய்கிறான். (படம் 32) திடீரென்று சிரிக்கிறான். நாக்கை வெளி நீட்டுகிறான். அவனது சிந்தனையும் கோர்வையற்று குழப்பம் அடைந்துள்ளது. சான்றாக அவனது உடல் நலம் எப்படி இருக்கிறது எனக் கேட்டால் அவன் பதில் அளிக்கிறான்: ''எனக்கு பல்வலி இருக்கிறது, பியனோவில் காகிதம் இருக்கிறது. முற்றுப்புள்ளி''. அவனது பேச்சு ஒரே குளறுபடியாக இருக்கிறது. சான்றாக ''பரந்த ஆகாயம், பணியின் நியதி, ஒரு கோழிக் குஞ்சு, காற்றோட்டம்'' என ஒரு அவியல் போன்று பேச்சு அமைகிறது. சிலபோது நோயாளிகள் மனமருட்சிக்குட்பட்டு பொய்க் கணிப்புள்ள வார்த்தைகளை உளறுகிறான். இடைவிடாத இயக்கக் கிளர்த்தலால், முட்டாள் தனமான நடத்தையால், வலியத்தாக்கும் தன்மையால், அத்தகைய நோயாளியை கவனத்துடன் கண்காணிக்க வேண்டும்.

சைசோபிரனியாவின் சாதாரண வகை. படிப்படியாக அதிகரிக்கும் அசட்டை, சோர்வு, சூழ்நிலையைப் பற்றி கவலைப்படாமை, வக்கிரமான சிந்தனை, கடாடோனியா மற்றும் ஹெபிபிரனியா, மனமருட்சி கொண்ட சைசோபிரனியா இல்லாமல் இருந்து பொதுப்ப

டையான அன்றாட நடவடிக்கைகளில் பங்கு கொள்ளாவிடில் அந்த வகையை சைசோபிரனியாவின் சாதாரண வகை எனக் கொள்ளலாம். நெடுங்காலமாக நல்ல நிலையில் இருந்து படிப்படியாக நிலை சீர் குலைகிறது. மகிழ்ச்சியுடனும், செயலூக்கத்துடனும் இருந்தஒரு பையனோ, பெண்ணோ திடீரென்று சுற்றுப்புற சூழ்நிலையை வெறுத்து, எப்போதும் படுக்கையிலேயே கிடந்து கொண்டு, மனதை ஒரு முகப்படுத்த முடியாமல் படிப்பிலும் பின்தங்கி, மரத்துப்போய்,சுயநல மனப்பான்மையுடன் மற்றவர்களின் சங்கடங்களைப் பற்றி கவலைப்படாமல் பெற்றோர்களைத்தாக்கி பேசி அவர்களைக் கொன்று விடக்கூட ஆசையாக இருக்கிறது எனத் தெரிவித்தால்அது மேற்கூறிய நோயின் அறிகுறிகளாகும்.



படம் 32. சைசோபிரனியா (ஹெபிபிரனியா) கொண்ட ஒரு நோயாளியின் வலிச்சங் காட்டுதல்

நோயின் துவக்கத்தில் அந்த நபரின் சுற்றுப்புற சூழ்நிலைக்கான பிரதிவினைகள்போதுமானதாகஇல்லை.இதைத் தொடர்ந்து உணர்ச்சியற்ற மரக்கட்டை நிலை உண்டாகிறது. உதாரணமாக தனது சீர்கெட்ட உடல் நிலையைப் பற்றிப் பேசும் போதோ அல்லது ஒரு துக்கமயமான சம்பவத்தைப் பேசும் போதோ அவன் சிரிக்கிறான். தனது ஒரே மகன் சைசோபிரனியாவால் பாதிக்கப்பட்ட போது, வருத்தமுற்ற அவனது தாய் ''உனக்கு என்ன நேர்ந்தது? ஏன் இப்படி இருக்கிறாய்? ஏன் இப்படி ஞாபக மறுதியுடன் இருக்கிறாய்?'' என்று கேட்கிறாள். அதற்கு அவன் பதில் கூறுகிறான். ''நான் அசட்டையாக இருக்கிறேன். சுற்றுப்புற சூழ்நிலைக்கு நான் பிரவிதினை புரியவில்லை. ஆகவே நான் தற்கொலை செய்யலாமா என்று எண்ணுகிறேன்.'' இத்தகைய நோயாளிகளுக்கு உணரும் ஆற்றலில் கோளாறுகள் இருப்பதில்லை. உள இயக்கக் கிளர்த்தலும் இருப்பதில்லை.

மிகவும் முற்றிய கேசுகளில், இத்தகைய நோயாளிகள் சாப்பிடுகிறார்கள்; உறங்குகிறார்கள்; மலஜலம் கழிக்கிறார்கள்; வாழ்வில் தம்மைச் சுற்றியுள்ள எதைப் பற்றியும் அக்கறை கொள்வதில்லை.

மனமருட்சியுடன் கூடிய பாரானாய்டு வகை. இந்த வகையான சைசோபிரனியாவில் மனமருட்சிகளும், பொய்க் கணிப்புகளுமே காணப்படுகின்றன. 30 வயதடைந்த மக்களில் இந்த நோய் காணப்படு

கிறது. நோயாளி, தன்னைப் பணிக்கும் அல்லது பயமுறுத்தும் சப்தங்களையே கேட்கிறான். மனமருட்சிகளின் தன்மை, நோயாளியின் நடத்தையை நிர்ணயிக்கிறது. செவிப் புலன் சார்ந்த மனமருட்சிகளின் விளைவால் அவன் உண்ண மறுக்கிறான். சாளரம் வழியாக அவன் வெளியே குதித்து விடலாம். தன்னையும் தன்னைச் சுற்றியுள்ளவர்களையும் காயப்படுத்துகிறான். யாரோ தன்னைக் கூப்பிடுவதான ஒரு பிரமை ஏற்படுவது இந்த நோயின் முக்கிய அறிகுறியாகும். தான் நினைத்துக் கொண்டிருப்பதை அவன் கேட்கிறான். (எண்ணங்களின் ''ஒலி'') நோயாளியின் தலையினுள்ளும், வயிற்றினுள்ளும், தான் காணும் உருவங்களில் இருந்து, ஒலிகளைக் கேட்கிறான். தன்னை வெறுக்கும் யாரோ ஒருவர் இவ்விதம் செய்வதாக எண்ணுகிறான். (கண்டின்ஸ்கியின் பொய் மனமருட்சி) சைசோபிரனியா நோயாளிகள், தங்களது உடலில் பல்வேறு பகுதிகளில் ஒரு விதமான உணர்ச்சியை உணருவதாகக் கூறுகிறார்கள்: குளிர்ச்சியடைவது, வீக்கம், மின்னோட்டம் பாய்வது, எரிவது (தொடு உணர்வு சார்ந்த மனமருட்சி). உணவில் இருந்தோ, தன்னிலிருந்தோ ஒரு அருவருக்கத்தக்க மணம் வெளிவருவதாகக் கூறுகிறான். (நுகர்வு சார்ந்த பிரமை) பார்வை சார்ந்த மனமருட்சிகள் (பிரமைகள்) சைசோபிரனியாவில் மிகவும் அபூர்வம். பொய்க் கணிப்புகள் பல வகைப்பட்டது. மனமருட்சியுடன் சேர்ந்தே வெளிப்படுகிறது. அவை இல்லாமலும் உண்டாகலாம். தன்னைச் சுற்றி இருப்பவர்கள் அனைவரும் தன்னை வெறுப்பதாக எண்ணுகிறான். தன்னையே எல்லாரும் கவனித்துக் கொண்டிருப்பதாகவும் தன்னை விஷமிட்டுக் கொல்ல யாரோ காத்திருப்பதாகவும் அல்லது தன்மீது மின்னூட்டத்தைப் பாய்ச்சப் போவதாகவும் நினைக்கிறான். (பழி வாங்குப் பொய் கணிப்பு) தனது உள் உறுப்புக்கள் எல்லாம் அழுகி விட்டன என்றும், அவை மக்கிப் போய் விட்டன என்றும் தனக்கு தீராத ஒரு வியாதி ஏற்பட்டு விட்டது என்றும் ஒருவன் கருதினால் அது நோய் வாய்படும் பொய் கணிப்பில் சேரும்.

துவக்கத்தில் கோளாறுகள் பொதுப்படையாக இருந்தால் (தலைவலி, இரைப்பை, குடல், இருதயத்தில் அசாதாரண உணர்வுகள்), சைசோபிரனியாவில் நோய் நிர்ணயம் சிரமமாகும். இத்தகைய நோயாளிகளை பல்வேறு டாக்டர்கள், நீண்ட காலத்திற்கு பலன் எதுவும் இன்றி சிகிச்சை செய்து வருகின்றனர். இரைப்பை அழற்சி மற்றும் குடலழற்சி, வயிற்றுப்பூச்சி நோய், நரம்புத் தளர்ச்சி போன்ற பலவற்றிற்கு சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டது. சைசோபிரனியாவுக்கான அறிகுறியே இல்லை. சைசோபிரனியாவின் துவக்க நிலையின் மீது நோய் நிர்ணயத்தில் முக்கியமான அம்சம் என்னவெனில் நோயின் போக்குதான்: தனிமையில் இருக்க வேண்டும் என்ற வளர்ந்து வரும் மனப்பாங்கு, உலக இச்சைகளுக்கு பாராமுகம், தன்னை

பற்றியே எப்போதும் எண்ணிக் கொண்டிருத்தல் (ஆடிசம்), உடல் நலத்தில் எவ்விதம் கோளாறும் இன்றி குறைபாடுகளை வெளிப் படுத்தல், உணர்ச்சி மாற்றங்கள் (சோர்வு, செய்திறன் இழப்பு).

மற்ற கேசுகளில், நோய் திடீரென்று தீவிரமாகத் துவங்குகிறது. குழப்பம், ஆதாரமற்ற பயம், கிலி ஆகியவை காணப்படுகின்றன. நோயாளி அறையில் அங்குமிங்குமாக அலைகிறான். ''தனக்குப் பைத்தியம் பிடித்து விட்டது'' எனக் கூறுகிறான். வளர்ந்து வரும் இயக்கக் கிளர்த்தலுடன் குழப்பம் அடைந்த விழிப்புணர்வும் தீவிர நச்சு விளைவு அறிகுறிகளும் காணப்படுகின்றன. அதிகமாக உடல் வெப்பமும், உலர்ந்த வாய் சிலேட்டுமப் படலம், குறைந்த அளவில் சிறுநீர் பிரிவது, துரிதமான சீரற்ற நாடித் துடிப்பு. இத்தகைய துவக்கம், விட்டு விட்டு வரும் சைசோபிரனியாவின் அறிகுறிகளா கும்.

மற்ற நோய் நிலைகளைப் போலவே இங்கும் நோயாளி உடன டியாக மனநோய் மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட வேண்டும்.

குழந்தைப் பருவத்தில், நிறை இளம்பருவத்தில், வயது வந்த பின், சைசோபிரனியா நோய் தோன்றலாம். பள்ளிக்குச் செல்லும் குழந்தைகளில் தோன்றும் சைசோபிரனியாவிற்கு குடும்ப வரலாறு முக்கியப் பங்கு வகிக்கிறது. 2—4 வயதிற்குள் சைசோபிரனியா நோய் என நிர்ணயம் செய்தால் குழந்தை தனிமையை விரும்புகிறது. நடவடிக்கைகள் குறைகின்றன. ஆகவே பாதகமான போக்கே உரு வாகிறது. குழந்தை தனது விளையாட்டுச் சாமான்களின் மீது அக் கறை செலுத்துவதில்லை. எதைப் பற்றியும் கவலைப்படுவதில்லை. இந்த வயதில் தீவிரமில்லாத இந்த நோயின் துவக்கத்தில் காரண மற்ற காய்ச்சல் காணப்படுகிறது. தனக்கு மிகப் பிடித்தமான பொம் மை, மற்றும் புத்தகத்தில் உள்ள ஒரு படம், தனது பெற்றோர்கள் ஆகியவர்களைக் கண்டு அச்சமடைகிறது. தானோ அல்லது வேறு யாரோ இறந்து விடப் போவதாக பயமடைகிறான். ஏதோ ஒரு தீங்கு (நெருப்பு, கட்டிடம், நொருங்கி விழுதல்) நேரப் போகிறது எனப் பயம் கொள்கிறான். அப்போதும் இப்போதுமாக அவனுக்கு மனப் பிரமைகள் தோன்றுகின்றன. தனது படுக்கைக்கு அடியில் பல்வேறு விலங்கினங்கள் ஊர்ந்து செல்வதாகக் காண்கிறான். உட லின் பல பாகங்களில் குழந்தைக்கு வலி உண்டாகிறது. குழந்தை களில் இந்த நோயின் துவக்க அறிகுறி பேச்சுகளில் ஏற்படும் மாற்றங் களேயாகும். குழந்தை ஊமையாகி விடுகிறது. அல்லது திடீரென்று ஏதோ புதிய அற்பமான வார்த்தைகளைச் சொல்கிறது. இளம் வயதிலேயே இந்த வியாதியைப் பெறும் குழந்தைகள் தங்களைத் தாமே பராமரித்துக் கொள்ள முடிவதில்லை. தங்களை சுத்தமாக வைத்திருப்பதில்லை. கடாடோனியா அறிகுறிகளும் குழந்தைகளில் காணப்படுகின்றன. சோர்வும், எதிர் மறைத்தனமும் அப்போதைக்

கப் போதான கிளர்த்தலும் காணப்படுகிறது. துவக்கத்திலேயே சைசோபிரனியா துவங்கி விட்டால், குழந்தையின் சாதுரியத்தின் வளர்ச்சியும் குன்றி விடுகிறது. இளம் பிராயத்தில் பாரானாய்டு நிலை காணப்படுவதில்லை. கடாடோனியா அறிகுறிகளுடன் கூடிய சைசோபிரனியா, குழந்தைகளில், நீண்ட நாட்கள் நீடித்த பாத கமான முடிவை அடைகிறது. குழந்தைகளில் தோன்றும் மற்ற வகை சைசோபிரனியா சாதமாகவே முடிவடைகிறது.

சிகிச்சை. சைசோபிரனியா சிகிச்சையில் இன்சுலின் சிகிச்சையே —குறிப்பாக நோய் தோன்றி ஒரு வருடத்திற்கும் குறைவாக இருந் தால்—தற்காலத்தில் நல்ல பலன் அளிக்கிறது.

சென்ற 10 ஆண்டுகளாக மன நோய் சிகிச்சையில் ஏற்பட்டுள்ள முன்னேற்றங்கள் போற்றத் தகுந்தவை. இவற்றில் அமைனசின் (குளோர்புரோமசின்) மற்றும் புரோபசைன் (புரோமசைன்) போன்ற உள நோய்க்கான மருந்துகளைக் குறிப்பிட வேண்டும். மயக்கம் தோன்றும் அளவிற்கு அமைனசினுடன் இன்சுலின் கொடுக்கப்படு கிறது. இதைப் படிப்படியாகவும் மிகையான அலகுகளில் துரிதமாக வும் கொடுக்கலாம். நோய் திடீரென்று துவங்கி, இயக்க மற்றும் பேச்சுக் கிளர்த்தலும் இருந்து, பயங்கரமான விளைவுகளை உண் டாக்கும் நிலையில் இருந்தால், சிகிச்சை, நரம்பு அமைதி யூட்டும் மருந்துகளுடன்—அமைனசின் அல்லது லீவோபுரோமசின்—துவங்கு கிறது. துவக்க அலகு 25—50 மி.கி மாக இருக்கும். கிளர்த்தல் நிலையின் போது இந்த மருந்துகளை 2.5% கரையமாக 1.0—2.0 மி.லி அலகில் புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடுடன் சேர்ந்து தசை ஊசியாக பிட்டியில் மேற்புற நடுவிலகிய பகுதியில் கொடுக்கலாம். நோயாளியின் பிரதிவினையைப் பொறுத்து, மருந்தின் அலகைக் கூட்டவோ, குறைக்கவோ செய்யலாம். கிளர்த்தல் நிலையில் கிளர்த் தலை மட்டுப்படுத்தச் சரியான அலகு 100—300 மி.கி ஆகும். சோவியத் நாட்டு மருந்துகளில் டிரிப்டாசின் (டிரை புளுபுரோசின் ஹைட்ரோகுளோரைடு) குறிப்பிடத் தகுந்த ஒன்றாகும். 1—50 மி.லி அலகில் வாய் வழியாக இந்த மருந்து கொடுக்கப்படுகிறது. பொய்க் கணிப்புகளும் மனப் பிரமைகளும் இருக்கும் கேசுகளில் மருந்தின் அலகை அதிகரிக்கலாம். மேற்கூறிய மருந்துகளில் ஏதாவது ஒன்று மட்டும் கொடுக்கும்போது பலன் கிட்டாவிடில் சைசோபிரி னியா நோய்க்கு அமைனசினையும் டிரிப்டாசினியும் ஒன்றாகச் சேர்த் தே சிகிச்சை அளிக்கலாம். மனமருட்சி, பொய்க் கணிப்பு அறிகுறி களின் போது, ஹாலோபிரிடால் மாத்திரைகளை 5.0—20 மி.கி அலகில் தினமும் கொடுப்பது நல்ல பலன் அளிக்கும். கடாடோனியா நோயில் மெசாப்டில் (தையோபிரசின்) மாத்திரைகளை 45—70 மி. கி அலகில் தினமும் கொடுக்கலாம். மனத்தளர்ச்சியுடன் சைசோ பிரினியா எப்போதாவது தோன்றும்போது அமைனசினையும் இமிசி

னையும் (இமிப்பிரமின்) வாய் வழியாக 25—75 மி.கி அலகில் கொடுத்தால் நல்ல விளைவுகள் உண்டாகும்.

நோயாளியின் பராமரிப்புப் பொறுப்பான செவிலியர்களும் அவரது உதவியாளர்களும் கொடுக்கப்படும் மருந்துகளின் பக்கவிளைவுகளைப் பற்றி நன்கு தெரிந்திருக்க வேண்டும். சிகிச்சை துவக்கப்பட்ட ஒரு சில நாட்களில் பக்கவிளைவுகள் தோன்றலாம். இதைத் தவிர்க்க நோயாளிகளுக்கு தினமும் 1—2 தடவைகள் 15—20 சொட்டுக்கள் கார்டியமெனும், வாய் வழியாக 0.03 கி டைமெட்ராலும் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

மனநல மருத்துவமனைகளிலிருந்து விடுவிக்கப்பட்ட சைசோபிரனியா நோயாளிகள், புற நோயாளி கிளினிக்குகளின் மேற்பார்வையில் இருந்து தொடர் சிகிச்சைக்கான மருந்துகள் கொடுக்கப்பட்டு நோய் மீண்டும் தோன்றுவதைத் தடை செய்ய வேண்டும். எந்தப் பக்க விளைவுகளையும் வீட்டிலேயே சமாளிக்கலாம். இத்தகைய சிகிச்சைகளை செவிலியர்களே கையாளலாம். உள நோய்க்குக் கொடுக்கப்படும் மருந்துகளால் நோயாளிகள் நினைவற்று விழலாம். அதன் அறிகுறிகளாவன: மிகையாக வெளிறிய முகம், குளிந்த வியர்வை, தற்காலிகமான நினைவிழப்பு. இவை நேர்ந்தால் நோயாளியை தலைக்கடியில் தலையணை இல்லாமல் மல்லார்ந்து படுக்க வைத்து கால்களை உயர்த்த வேண்டும். 10% காபீன் கரையத்தை 1.0 மி.லி அலகில் உடனடியாக ஊசி மூலம் செலுத்த வேண்டும், அல்லது சூடான செறிவான தேயிலை பானம் கொடுக்கப்பட வேண்டும். ஒரு நோயாளி கிடைமட்ட நிலையில் இருந்து செங்குத்து நிலையை மேற்கொள்ளும்போது நிலை குலைவு ஏற்படுகிறது. இதனால் தான் மனநோய்க்கான மருந்துகளைக் கொடுத்த ஒன்றிரண்டு மணி நேரங்களுக்கு நோயாளி படுக்கையிலேயே இருக்க வேண்டும் என வலியுறுத்தப்படுகிறது. சிகிச்சையின் துவக்கத்தில் இது மிகவும் கட்டாய மாகும். அதிதீவிர உளமாற்ற நிலை படிப்படியாகக் குறைந்தவுடன் இன்சுலின் சிகிச்சை அளிக்கப்படலாம். இப்போதிலிருந்து சைசோபிரினியாவுக்கான சிகிச்சையாக இன்சுலினின் மயக்க மருந்தும் உளநோய் மருந்துகளும் சேர்ந்தே கொடுக்கப்பட வேண்டும். காலையில் இன்சுலின் கொடுக்கப்படுகிறது. மாலையிலோ இரவிலோ மேலே கூறப்பட்ட உள நோய் மருந்துகளில் ஒன்றை குறைந்த அலகில் வாய் வழியாகவோ அல்லது ஊசி மருந்தாக கொடுக்கப்படுகிறது.

சிகிச்சை அட்டவணை வருமாறு: தினமும் வெறும் வயிற்றின் போது இன்சுலின் கொடுக்கப்படுகிறது. 4 யூனிட்கள் அலகில் துவங்கி படிப்படியாக அலகை உயர்த்த வேண்டும். (சிகிச்சை அலகில் இருந்து மயக்க நிலை உண்டாக்கும் அலகான 80—120 யூனிட்டுகள் வரை)

இன்சுலின் அலகு அதிகரிக்க அதிகரிக்க இரத்தத்தில் சர்க்கரை அளவு குறைந்து முழு மயக்க நிலையில் முடிவடைகிறது.

இரத்தத்தில் குளுகோசின் அளவு 100 மி.லிக்கு திடீரென்று 20—10 மி.கி அளவிற்குக் குறைந்தால் முழு மயக்க நிலை உண்டாகிறது. (சகஜ அளவு 100—120 மி.கி/100 மி.லி) விழிப்புணர்ச்சி பாதிக்கப்பட்டு உடல் மற்றும் வளர்ச்சி சார்ந்த கோளாறுகள் உண்டாகின்றன. நோயாளி வெளிறிய நிலை அடைகிறான். அவனைக் கூப்பிட்டாலோ தொட்டாலோ, ஊசியால் குத்தினாலோ பிரதிவினை அளிப்பதில்லை. மிகையாக வியர்வு சுரப்பும், தடைபட்ட மூச்சும் ஒளிக்குப் பிரதிவினை புரியாத விரிவடைந்த கண்ணின் பாவைகளும் உண்டாகின்றன. முகம் மற்றும் கை, கால்களின் தசைகளின் துடிப்பு ஏற்படுகிறது. சில போது காக்கா வலிப்பு கூட ஏற்படலாம். 30—50 நிமிடங்கள் வரை நோயாளி முழு மயக்க நிலையில் இருக்கிறான். அதன் பின்னர் 40% குளுகோஸ் கரையத்தை 10—20 மி.லி அலகில் சிரை வழியாகச் செலுத்தினால் நோயாளி மயக்க நிலையில் இருந்து விடுபடுகிறான். நோயாளி கேள்விகளுக்குப் பதில் சொல்லத் துவங்கியவுடன் அவனுக்கு உடனடியாக செறிவடைந்த இனிப்பு திரவம் (100 மி.லி தண்ணீர் அல்லது தேநீரில் 200 கிராம் சீனி) அளிக்கப்படுகிறது. சில நேரம் கழித்து மாவுப் பொருள் கொண்ட உணவு பகல் உணவாகக் கொடுக்கப்படுகிறது. இதனால் இரத்தத்தில் சர்க்கரையின் அளவு சகஜ நிலை அடைகிறது.

ஒரே சமயத்தில் 8—10 நோயாளிகள் இருக்கும் சிறப்பாகஅமைக்கப்பட்ட வார்டில் இன்சுலின் மயக்க சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. செவிலியர்களும் அவர்களது உதவியாளர்களும், இந்த நோயாளிகளைப் பராமரிக்க வேண்டும். இந்த முறை சிகிச்சை பற்றி எல்லா வழிகளையும் தெரிந்திருக்க வேண்டும். இன்சுலின் செலுத்தப்பட்ட நேரத்தில் இருந்து நோயாளி மயக்க நிலையில் இருந்து மீள்கிற வரை செவிலியர்கள் நோயாளியின் அருகிலேயே இருக்க வேண்டும்.

முழு மயக்கம் 30—40 தடவைகள் வரும் வரை சிகிச்சை நடைபெற வேண்டும். அது தவிர இரவில் படுக்கும் முன்பு நோயாளிக்கு 25—200 மி.கி அமைனசின் அல்லது லீவோபுரோமகீன் கொடுக்கப்பட வேண்டும். இன்சுலின் மயக்க நிலையின்போது ஏற்படும் களைத்தலைத் தவிர்க்க சிகிச்சையின் காலவரையைக் குறைக்க, நோய் திரும்ப வராமல் இருக்க இன்சுலினும், உளநோய் மருந்துகளும் சேர்ந்து சிகிச்சையாக அளிக்கப்பட வேண்டும்.

இரத்தத்தில் குளுகோஸ் குறைந்த நிலை மீண்டும் தோன்றலாம் என்பதை நினைவில் கொள்ள வேண்டும். அதன் துவக்க அறிகுறிகளாவன: பலவீனம், மிகையான வியர்ப்பு, மரத்த நிலை. இந்த நிலை வந்தால் 40% குளுகோசை, 10—20 மி.லி அலகில் சிரை வழியாக உடனே செலுத்த வேண்டும். இரத்தத்தில் குளுகோஸ் குறைந்த

நிலை ஓரளவாக இருக்கும்போது நோயாளி 100—200 மி.லி செறிவான இனிப்பு திரவம் சாப்பிட்டாலே போதும். படுக்கு முன்பு வாய் வழியாக 100 மி.கி அமைனசினாவது லீவோபுரோமசீனாவது கொடுக்கப்பட்டால் (ஊசி மருந்தாக கொடுக்கப்படுவதில்லை) துயிலூட்டும் நிலை விரைவில் உண்டாகிறது. இதனால் படபடப்பும், சிடுசிடுப்பும் மறைந்து தூக்கம் உண்டாகிறது. சைசோபிரனிய நோயாளிக்கான சிகிச்சை, டாக்டரின் அறிவுரைப்படி செய்யப்பட வேண்டும்.

அமைனசீன், டிரிப்டசீன் (1.0—50 மி.கி) அல்லது ஹாலோபெரிடால் (5.0—20மி.கி) அல்லது அதன் கூட்டுக்களையோ நாட்பட்ட சைசோபிரினியா கேசுகளுக்கு நீண்ட நாட்களுக்குள் கொடுக்கலாம். மனநோய் மருத்துவ மனையில் இருந்து விடுபட்டவுடன் தொடர் சிகிச்சை கொடுக்கப்படுகிறது.

சைசோபிரினியா நோயாளிகளுக்கு அளிக்கப்படும் சிகிச்சையின் வெற்றி, அந்த நிறுவன அமைப்புக்களின் தரத்தைப் பொறுத்துள்ளது. இங்கு செவிலியரின் பங்கு மகத்தானது. அவள், நோயாளியை வீட்டில் அடிக்கடி சந்திக்க வேண்டும். மனநோய்க்கான மருந்துகளை இடைவிடாது சாப்பிட அறிவுறுத்த வேண்டும். டாக்டர்களின் சிபார்சுகள் அனைத்தையும் தவறாது பின்பற்ற வேண்டும்.

நீண்ட கால சிகிச்சையின் சிக்கல் என்னவெனில் ஊசி போட்ட இடங்களில் கழலைகள் தோன்றுவது தான். தசைத் திசு சிதைந்து சீழ்க்கட்டிகள் உண்டாவதைத் தவிர்க்க தினமும் அமைனசின் ஊசி போடப்பட்ட இடத்தைப் பரிசோதிக்க வேண்டும். குறைந்த அளவில் குருதித் திரட்சி அறிகுறி தோன்றினால் பிட்டிக்கு மின்னூட்டம் (யூ. எச். எப்) செலுத்த வேண்டும்.

அமைனசினும், குறிப்பாக டிரிப்டிசினும் நீண்ட காலமாகக் கொடுக்கப்பட்டால், நோயாளிக்கு உமிழ்நீர் சுரப்பு (அதாவது பார்க்கின்சன் வியாதி) தோன்றலாம். அல்லது அகதிசியா எனப்படும் நிலை ஏற்பட்டு தூக்கம் சீர் குலைகிறது. தசைவிறைப்புத் தன்மைக்கு 1.0 மி.கி அலகில் பென்ஸ்ஹெக் சாலை பல நாட்களுக்குக் கொடுக்க வேண்டி வரலாம். அகதிசியா கொண்ட நோயாளிக்கு காபீன் (0.1கி வாய் வழியாக தினமும் ஒன்றிரண்டு தடவை) அல்லது கார்டியமைன் (15—20 சொட்டுகள்) டிமெட்ரெல் (00.3 கி. வாய் வழியாக தினமும் ஒன்றிரயண்டு தடவை) கொடுக்க வேண்டும்.

வெறி கொண்ட மனத் தளர்ச்சி உள நோய்

முதலில் வெறி தோன்றுவதும் பின்னர் மனத் தளர்ச்சி தோன்றுவதுமான மாறி மாறி வரும் நிலையை சுழற்சி உளநோய் என்கி

றோம். இந்த வியாதிலை யின் போது மனத் தளர்ச்சியோ, வெறியோ மாறி மாறி வருகிறது. இதனால் தான் இதை ''சுழற்சி'' என்கிறோம். இந்த நோயின் இரண்டு நிலைகளுக்கும் இடையே இடை வெளிகள் உள்ளன. இதன் போது அவன் முழுமையாக பணி புரிகிறான். தனது முந்தைய நிலையை அடைகிறான். ஏனெனில் இந்தவியாதிக்கு அசாதாரண மனவிளைவுகள் ஏற்படுவதில்லை. இந்த உள நோய் இளம் வயதிலும், நிறை இளம் பிராயத்திலும் தோன்றுகிறது.



படம் 33. சுழற்சி உள நோய் கொண்ட ஒரு நோயாளி, வெறி பிடித்த நிலையில்

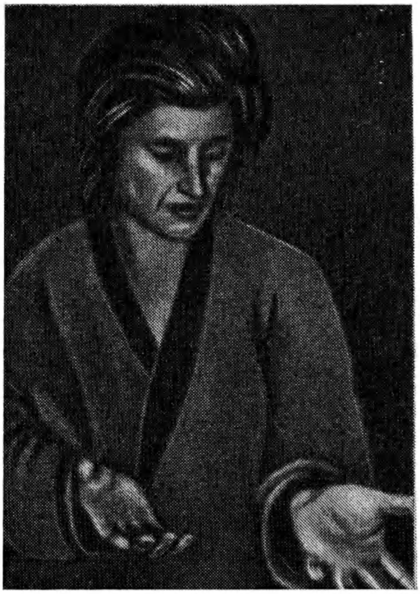
வெறி நிலையில் (படம் 33) நோயாளி, மிகையான நல்ல மனப்பாங்கில் உள்ளான். மட்டற்ற மகிழ்ச்சியுடன் எண்ணங்கள் கரைபுரண்டு ஓடுகின்றன. துரிதமாக சிந்திப்பதால், இடைவெளி இன்றி நோயாளி பேசிக் கொண்டே இருக்கிறான். பாடுகிறான் தனது பாடல்களை திரும்பத் திரும்ப ஒப்பிக்கிறான். அவன் நிலை கொள்ளாமல் இருக்கிறான். ஒரு நிமிடம்கூட ஒரே இடத்தில் உட்கார மாட்டான். எப்போதும் ஏதாவது செய்து கொண்டே இருக்க வேண்டும். அவன் ஒரு பீடை; எதிலும் தலையிடுகிறான். எல்லாத் தவறுகளையும் கவனிக்கிறான். கிளர்த்தல் இரவும் நீடிக்கிறது. இரண்டு, மூன்று மணி நேரங்களே தூங்குகிறான், அல்லது இரவு பூராவுமே விழித்திருக்கிறான். இடைவிடாது அவர்கள் நடந்து கொண்டிருந்தாலும், எடை இழப்பதில்லை. தங்களைப் பற்றி சுய விமர்சனம் செய்வதில்லை. தங்களது பிரமாதமான வாய்ப்புகள், குணாதிசயங்கள், ஒப்

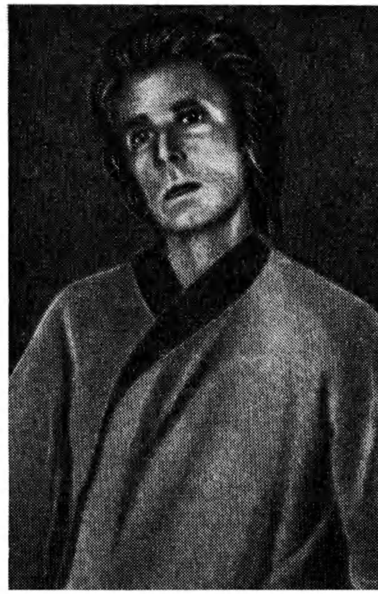
பற்ற அழகு முதலியவற்றைப் பற்றியே பேசிக் கொண்டிருக்கிறார்கள்.

மனத் தளர்ச்சியின் போது, வெறி பிடித்த நிலையில் இருந்து முற்றிலும் மாறுபட்டு இருக்கிறான். மனப்பாங்கு தளர்ந்து போய் இருக்கிறது. நோயாளி அவதிப்படுகிறான். வேறு வழியே இல்லை. அடிக்கடி தற்கொலை செய்ய முயற்சிக்கிறான். இரவில் கூட அவன் ஓய்வு எடுப்பதில்லை. நோயாளி தூங்குவதே இல்லை. சிந்தனா சக்தி மழுங்கி இருப்பதால், கேட்கப்பட்ட கேள்விக்கு மிகவும் தயங்கியே பதில் அளிக்கிறான். அதுவும் ஒரு சொல்விடை, இந்த நோயாளியின் முகத்தில் ஒரு நிரந்தரமான நீண்டகால அவதி தெரிகிறது. (படம் 34) அவன் தலையைத் தொங்கப் போட்டுக் கொண்டிருக்கிறான். அல்லது எப்போதும் படுத்துக் கொண்டே இருக்கிறான். எல்லா இயக்கங்களும் மிகவும் மெதுவாகவே இருக்கின்றன. நோயாளியால் எழுந்திருக்க முடியாது. தன்னை சுத்தம் செய்து உடை அணிய இயலவில்லை. உதவியின்றி, அவனால் சாப்பிடக் கூட முடியாது. தான் குற்றவாளி என்று உறுதி கொள்கிறான். தன்னை யாரும் கவனிக்க மாட்டார்கள் என நம்புகிறான். உண்ண மறுக்கிறான். இந்த நோய் நிலையில் பயங்கரமான உடல் வியாதிகள் உண்டாகின்றன. உலர்ந்த சருமம், மிகையான இரத்த அழுத்தம், குறைந்த அளவில் பசி, இரைப்பை அசைவுகளின் மந்த நிலை, சிறு குடலும் மந்தமாக செயல்படுவதால் மலச்சிக்கல் ஏற்படுகிறது.

குழந்தைப் பருவத்திலேயே (5—10 வயதில்) நோயின் முதல் அறிகுறிகள் வெளிப்படுகின்றன. குழந்தைகளில் மனத்தளர்ச்சி மிகவும் அதிகமாக இருக்கிறது. வெறி நிலையின் வெளிப்பாடுகள் ஆவன: கண்டபடியான நடத்தை, நிலையில்லாத மனப்பாங்கு சிடுசிடுப்புத் தன்மை, மந்தமான சிந்தனா சக்தி, குழந்தை வெறி நிலையில் இருந்தாலும் சரி, மனத்தளர்ச்சி நிலையில் இருந்தாலும் சரி; மனநலம் மருத்துவரின்—குழந்தை நோய் நிபுணர்—கண்காணிப்பில் இருக்க வேண்டும். மனத் தளர்ச்சி கொண்ட குழந்தை உடனடியாகத் தவறாமல் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட வேண்டும். வயது வந்தவர்களுக்கு அளிக்கப்படும் சிகிச்சை முறையே குழந்தைகளுக்கும் அளிக்கப்பட வேண்டும். மருந்தின் அலகுகள், பாதியாகவோ, அதைவிடக் குறைவாகவோ கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

சிகிச்சையும் பராமரிப்பும். மனத் தளர்ச்சியின் சிகிச்சையில் மனத் தளர்ச்சி எதிர் மருந்துகள் கையாளப்படுகின்றன. இமிசைன் (இமிப்பிரமின்) தினமும் 25 மி.கி அலகில் கொடுக்கப்படலாம். அலகு தினமும் அதிகரிக்கப்பட்டு 100—200 மி.கி வரை செலுத்தப்படுகிறது. அமிட்ரிப்டிலின் 10 மி.கி அலகில் கொடுக்கப்படலாம். சிகிச்சை துவங்கப்பட்ட ஒரு சில நாட்களிலேயே மனத் தளர்ச்சி சீரடையும் அறிகுறிகள் தென்படுகின்றன. அவதியும் குறைகிறது. மருந்து





படம் 34. மனத்தளர்ச்சி நிலையில் உள்ள ஒரு நோயாளி

களின் பக்க விளைவுகளாக மிகையான இருதயத் துடிப்பும், பலவீனமும் உண்டாகிறது. சிகிச்சை ஒன்றிரண்டு மாதங்கள் நீடிக்கின்றன. ஓரளவான மனத் தளர்ச்சிக்கு ஓரளவான தூண்டல் மருந்துகள் பல சோவியத் நாட்டில் வெற்றிகரமாக கையாளப்படுகின்றன. அவற்றில் மெரிடில் (மீதைல் பினைடைட்) மருந்து குறிப்பிடத்தக்கது. வாய் வழியாக 10—15 மி.கி அலகில் தினமும் இரண்டு மூன்று வேளைகள் கொடுக்கப்படுகிறது. அசோடோக்சான் என்ற மருந்தும் தினமும் 25—100 மி.கி அலகில் கொடுக்கப்படுகிறது. தூக்கமின்மையை தவிர்க்க மனத்தளர்ச்சி எதிர் மருந்துகள் காலையிலும் பகலிலும் கொடுக்கப்படுகின்றன. தளர்ச்சி எதிர் மருந்துகள் கொடுக்கப்படக் கூடாத நிலை இருந்தால்(கல்லீரல் மற்றும் சிறுநீரக வியாதிகள்,இரத்த மிகு அழுத்தம்) அல்லது நோயாளிக்கு அந்த மருந்துகள் ஒத்துக் கொள்ளவில்லை எனில், ஓபியம் மருந்துகள் மற்றும் ஆக்ஸிஜன் உட்செலுத்துவது, 15 நிமிடங்களுக்கு வெப்பக் குளியல்கள் (30° செ) கையாளப்படுகின்றன.

நோயாளிகளின் உடல் நிலை மற்றும் போஷாக்கு, சிறு குடல் பணிகள் ஆகியவற்றை மருத்துவ உதவியாளர்கள் கண்காணிக்க வேண்டும். நோயாளிகள், தாங்களாகவே தம்மை சுத்தம் செய்து கொள்ள வேண்டும். பற்களைச் சுத்தம் செய்ய வேண்டும். வாயை

யும் தூய்மையாக வைத்திருக்க வேண்டும். நோயாளிக்கு கரண்டி மூலமே உணவு கொடுக்க வேண்டிவருகிறது. தினமும் சுத்திகரிக்கும் இனிமா கொடுக்கப்படுகிறது. மனத்தளர்ச்சி நிலையின் போதுநோயாளியை மிகவும் எச்சரிக்கையுடன் கண்காணிக்க வேண்டும், எனெனில் அவனுக்கு எப்போதுமே தற்கொலை செய்து கொள்ளும் எண்ணம் இருக்கிறது. மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட வேண்டியது மிகவும் அவசியமாகும்.

வெறி நிலையில் இருக்கும் நோயாளிகளுக்கு நரம்பூட்ட மருந்துகள் (அமைனசின், லீவோபுரோமசின்) கொடுக்கப்பட்டால் உடனடியாக உள இயக்கக் கிளர்த்தலில் இருந்து தீர்வு கிடைக்கிறது. துவக்க அலகு 25—50 மி.கி ஆக இருக்கிறது. பின்னர் படிப்படியாக அலகு 200—300 மி.கி க்கு உயர்த்தப்படுகிறது. 2—4 மணி நேரங்கள் எடுக்கப்படும் குளியல்கள் இதமளிக்கின்றன. இருந்த போதிலும் இருதயத்தின் பணிகளை உன்னிப்பாகக் கவனிக்க வேண்டும். புரோமைட் மருந்துகளால் (10 சதவீதம் சோடியம் புரோமைடுகரையம் தினமும் 3 வேளையாக ஒரு மேசைக்கரண்டி மருந்து கொடுக்கப்பட வேண்டும்) உள இயக்கக் கிளர்த்தல் மட்டுப்படுகிறது. மக்னீஷியம் சல்பேட் கரையத்தை 2 $^{0}/_{0}$ல் 5 மி.லி அலகில் தசை ஊசியாகக் கொடுக்கலாம்.

தூக்கமின்மை நோயில் நரம்பூட்ட மருந்துகளை (லீவோபுரோமசின், நைட்ரசிபாம்) வாய் வழியாக 5—10 மி.கி அலகில் கொடுக்கலாம். பதட்டநிலை மனத்தளர்ச்சிக்கு அமைதியூட்டும் மருந்துகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. (டையசிபாம் 5 மி.கி தினமும் இரண்டு மூன்று தடவை)

இரத்த நாள வியதிகளில் மனக் கோளாறுகள்

50—60 வயதிற்குள், பெருமூளை இரத்த நாளங்கள் கடினமடைவதால், மனக் கோளாறுகள் தோன்றுகின்றன. குறிப்பாக ஆண்களிடமே அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. தலைக்காயம் மற்றும் மிகைமது நிலை, கிருமி பாதிப்பு, புகை பிடித்தல் ஆகியவை நோய் உண்டாவதை ஊக்குவிக்கின்றன. இந்நோய் படிப்படியாக உண்டாகிறது. பெருமூளைக் கடின இரத்த நாள வியாதியின் துவக்க அறிகுறிகளாவன: அசாதாரண அசதி, தூக்கமின்மை, சிடுசிடுப்பு, தலை பாரமாக இருப்பது போன்ற உணர்வு, காதில் இரைச்சல். உணர்ச்சிவயப்படுதல், நிலை தடுமாறுவது, இந்நோயின் துவக்க அறிகுறியாகும். மிகச் சாதாரண காரணங்களுக்காக, இந்த நோயாளிகள் அழுகின்றனர். உடனடியாக நல்ல மனப்பாங்குடன் மகிழ்ச்சியாக இருக்கின்றனர். இந்த அறிகுறிகளைத் தொடர்ந்து ஞாபக மறதியும் உண்டாகிறது. தனக்கு நெருங்கியவர்களின், தெரிந்த பொருட்களின்,

பெயர்களையும், நடை பெற்ற சம்பவங்களையும் எளிதில் மறந்து விடுகிறான். குறிப்பாக, சமீபத்தில் நடந்த நிகழ்ச்சிகளை மறந்து விடுகிறான். ஞாபக சக்தி, படிப்படியாக அழியும் போது நோயாளி யின் பணித் திறன்பாழடைகிறது. தலைச் சுற்றலும் தலைவலியும் உண்டாகிறது. நோயாளிகள் தங்களது நோய் நிலையைப் பற்றி நன்கு தெரிந்துள்ளனர். பணி செய்ய முடியாத நிலையைக் கண்டு அவ தியுறுகிறான். விரைவிலேயே மனத்தளர்ச்சி உண்டாகி தற்கொலை செய்ய நினைக்கிறான். கடின இரத்த நாள நோயாளிகளின் மனப் பாங்கில் மாற்றம் காணப்பட்டால் கவனமாக இருக்க வேண்டும். நோயின் துவக்க நிலையில் பணியும் புரிந்து, ஓய்வும் எடுத்து, அயோ டின் மருந்துகளைச் சாப்பிட்டு வந்தால் நோய்க்கு இதமளிக்கும்.

மூளையின் இரத்த நாள வியாதிகளில், குறிப்பாக கடின இரத்த நாள வியாதியில், தோன்றி மறையும் அறிகுறிகளே காணப்படுகின் றன. ஒவ்வொரு மணியும் ஏன் ஒவ்வொரு வினாடியும் நோயாளியின் நிலை மாறுதல் அடைகிறது. பெருமூளை இரத்த நாள வியாதியில் முற்றிய நிலையின் போது திடீர் தாக்குதல் தோன்றி நிரந்தரமான பக்கவாதம் மற்றும் செயலிழப்பு, காக்காவலிப்பு தாக்குதல்கள், கிறுக்குத்தனம் ஆகியவை தோன்றுகின்றன. மிகையாக மெலிந்து போதல், மற்றும் படுக்கைப் புண்கள் உண்டாவது, இருதயத்தின் பலவீனமான துடிப்பு போன்ற உடலுறுப்பு வியாதிளும் தோன்று கின்றன.

சிகிச்சை. நோயின் துவக்க நிலைகளில் நோயாளிக்கு பாலும் மரக்கரி உணவும் அளிக்கப்படுகிறது. மதுவும் புகை பிடித்தலும் தடை செய்யப்படுகின்றன. அயோடின் மருந்துகளும், (6—8 சொட்டுகள் அயோடின் டிங்க்சரை பாலில் கலந்து உணவிற்குப் பின் இரண்டு வேளையாக) மின்னூட்ட வழியாக காரை எலும்புக்கு பொட்டா சியம் அயனியைச் செலுத்தலும், பயனளிக்கும். சிரை வழியாக குளு கோசைச் செலுத்துவதும் நல்லது. மருத்துவக் குளியல் சிகிச்சை யாக கரியமிலவாயு குளியலைக் கையாளலாம். இரத்த மிகு அழுத் தம் அதிகமானால் இரத்த நாள விரிவு மருந்துகள் பரிந்துரைக்கப் பட்டுள்ளன. டைபசால் ஊசிகள், (பென்சீனுடன் கூடிய கூட்டான ஹைட்ரோகுளோரைடு உப்பு) பாபாவெரைன், நோஸ்பானம், ரௌ னாடின் ஆகியவை மருந்துகளாக கொடுக்கப்படுகின்றன. மனத் தளர்ச்சியின் போது டையசிபாம் (5மி.கி தினமும் ஒன்றிரண்டு வேளை) அமிட்ரிப்டிலின் (1மி.கி) அல்லது இமிசைன் (25 மி.கி) அளிக்கப்படுகிறது. நிரந்தரமான தூக்கமின்மையின் போது படுப் பதற்கு முன்பு அமைனசினை 5 மி.கி அலகில் கொடுக்கலாம்.

நோயாளி மெலிந்து போகும் நிலையில், உயிரினத்தில் தோன்றும் சிக்கலான மாற்றங்களையே சிதைந்த உளநோய் என்கிறோம். பெரும்பாலும் பெண்களில் சிதைந்த தன்மையுடன் கூடிய மன மாற்றங்கள் காணப்படுகின்றன. முதுமைக்கு முந்திய உளநோய் முதுமைக்குப் பிந்திய உளநோய் ஆகியவற்றைப் பிரித்தறிவது நல்லது. முதுமைக்கு முந்திய நிலையில் மனத்தளர்ச்சி அல்லது பாரனுய் பிதற்றல் காணப்படுகின்றன. சிதைந்த மனத் தளர்ச்சியில் தளர்ச்சியடைந்த மனப்பாங்கும், மிகையான பதட்டத்துடன் கூடிய சோர்வும் காணப்படுகிறது. நோயாளி உறங்க மாட்டான். பயங்கரமான ஏதோ ஒரு பாதிப்பைப் பற்றியே நினைத்துக் கொண்டிருக்கிறான். தனது உற்றார் உறவினர்களுக்கு ஏதோ ஒரு ஆபத்து நிகழப் போகிறது என நம்புகிறான். தனது உறவினர்கள் இறந்து விடுவார்கள் என அடிப்படையில்லாத முடிவிற்கு வந்து இந்த ஆபத்திற்கு தான் காரணம் எனவும் நம்புகிறான். தனது வாழ்க்கையைப் பற்றியே யோசித்து நோயாளி குழப்பம் அடைகிறான். நோயின் முற்றிய நிலையில் பொய்க்கணிப்பு உண்டாகி தன்னைத் தானே கடிந்து கொள்கிறான். இந்தப் பராமரிப்புக்கும், கவனிப்புக்கும் தான் அருகதையற்றவன் என நினைத்து மற்றவர்களின் உதவியை மறந்து மருந்துகள் சாப்பிட மறுக்கிறான். உணவு உண்ணவும் மறுக்கிறான். மோசம் அடைந்த மனத் தளர்ச்சிப் பாங்கும் குற்ற உணர்வும் அவனது நடவடிக்கைகளை நிர்ணயம் செய்கின்றன. இத்தகையநோயாளி இயக்க கிளர்த்தல் நிலையிலேயே இருக்கிறான். தனது அறையில் அங்குமிங்கும் உலவுகிறான். தனது தலை மீது கை வைக்கிறான். இந்த மூலம் தனது பதட்ட நிலையை வெளிப்படுத்துகிறான். தான் செய்த தவறுகளுக்காக தனக்குக் கிடைக்கப் போகும் தவிர்க்க முடியாத தண்டனைகளைப் பற்றிய கவலையில் இருக்கிறான். முதுமைக்கு முந்திய மனத் தளர்ச்சியில் தற்கொலை எண்ணங்களே உண்டாகின்றன. தனது மரணத்தைப் பற்றியே அடிக்கடி நினைத்து வாய்ப்பு கிடைக்கும்போது தற்கொலை செய்ய முயற்சிக்கிறான். ஆகவே இத்தகைய நோயாளிகளை கண்காணிப்பது மிகவும் அவசியமாகும்.

நோயாளி உண்ண மறுத்தால், அவனுக்கு உணவு ஊட்டி விட முயற்சிக்க வேண்டும். அதுவும் பலனளிக்காவிடில் செயற்கை முறையில் குழல் கொண்டு உணவைச் செலுத்த வேண்டும். உள நோயாளிகளின் பராமரிப்பு என்ற பகுதியில் அதன் விவரங்கள் கொடுக்கப்பட்டுள்ளன.

மூப்புக்கு முந்திய பாரனாய்டு. மனத் தளர்ச்சி, மற்றும் பதட்ட நிலையில் அடிப்படையில் இத்தகைய நோயாளிகளுக்கு பொறாமை மற்றும் பழி வாங்கும் தன்மை பற்றிய பொய்கணிப்பு தோன்று

கிறது. தன்னையாரோ கொல்ல நினைப்பதாகவோ அல்லது விஷமளிக்க முயற்சிப்பதாகவோ இத்தகைய நோயாளிகள் கருதுகின்றனர். பெரும்பாலும் அக்கம்பக்கத்தில் உள்ளவர்கள், உற்றார், உறவினர் ஆகியோரும் இந்த சிதைந்த மன நோயுடன் இணைந்துள்ளனர். இத்தகைய கேசுகளில் செவிப்புலன் சார்ந்த மாயத்தோற்றங்கள் மற்றும் மன மருட்சிகளும் உண்டாகின்றன. கதவுகளைத் தட்டுவது போன்றோ இடிப்பது போன்றோ யாரோ உரையாடுவது போன்றோ நோயாளி கற்பனைசெய்கிறான்.

மேலே விவரிக்கப்பட்ட அறிகுறிகள் சில மாதங்கள் முதல் 3—4 ஆண்டுகள் வரை நீடிக்கின்றன. சில நோயாளிகள் பூரண குணம் அடைகின்றனர். நோய்கள் பற்றிய எந்த குறிகளும் எஞ்சியிருப்பதில்லை. முதுமைக்கு முந்திய உள நோயுடன் பெரு மூளை கடினநாள நோயும் இணைந்திருந்தால் சீரழிந்த மனப்பாங்கு பல ஆண்டுகள் நீடிக்கும்.

சிகிச்சை. முதுமைக்கு முந்திய மனத் தளர்ச்சியும் பொய்க் கணிப்புகளும் கொண்ட நோயாளிகள் மனநல காப்பகத்தில் சேர்க்கப்பட வேண்டும். அவர்களது உடல் நிலையை கவனிப்புடன் கண்காணிக்க வேண்டும். நோயாளி போதுமான அளவு சாப்பிட வேண்டும். மலம் கழிப்பது சீராக இருக்க வேண்டும். கிளர்தலின் போதும் பதட்ட நிலையின் போதும் வெப்பக் குளியல்கள் பரிந்தளிக்கப்படுகின்றன. உள நோய் மருந்துகள் தினமும் மூன்று வேளைகள் 5மி.கி. டையசிபாம், 25மி.கி. லீவோபுரோமசினோ, 25மி.கி. அமைனசீனோ உறக்கத்திற்கு முன்பு கொடுக்கப்பட வேண்டும். மனத் தளர்ச்சி எதிர் மருந்துகள் சமீப காலங்களில் நல்ல பலன் அளிக்கிறது. தினமும் 25—100 மி.கி. அலகில் இமைசினை அமைனசினுடன் சேர்த்து மாத்திரையாகக் கொடுக்கலாம்.

துரிதமாக அதிகரித்து வரும் பரவலான மூளையின் சூம்பலே, முதுமை உளநோய்க்கு காரணமாகும். பொதுவாக முதுமை உள நோய், அபூர்வமாகவே காணப்படுகிறது. முதலில் ஞாபக சக்தி பாதிக்கப்படுகிறது. நோயாளிகள் மறதியுடனும், எதைப் பற்றி அசட்டை செய்யாதும், இருக்கின்றனர். புதிதாகப் பெற்ற தகவல்களை தக்க வைத்துக் கொள்ள இயலவில்லை. நாட்கள், மற்றும் மக்களின் பெயர்கள் ஆகியவற்றை மறந்து விடுகின்றனர். சமீப கால மற்றும் கடந்த கால நிகழ்ச்சிகளை அவர்களால் நினைவில் வைத்திருக்க இயலவில்லை. உற்றார் உறவினர்களை அடையாளம் கண்டு கொள்ள இயலாத நிலை, காலம், மற்றும் இடம் பற்றிய எந்த எண்ணமும் இல்லை. ஞாபக சக்தியில் காணப்படும் இடைவெளிகளை தாங்களாகவே கற்பனை செய்து நிரப்புகின்றனர். நோயாளியிடம் சுய விமர்சனம் காணப்படுவதில்லை. ஆழ்ந்தகிறுக்குத் தனம் உண்டாகிறது. நடத்தை அற்பமாகக் காணப்படுகிறது. நோயாளிகள் அலட்டிக்

கொள்கின்றனர். வேண்டாதபொருட்களையும் எஞ்சியவற்றையும் சேகரித்து வைக்கின்றனர். மனப்பாங்கிலும் மாற்றங்கள் உண்டாகின்றன. தூய்மையான உயர்ந்த உணர்வுகள் இழக்கப்படுகின்றன. நோயாளிகள் மக்குகளாக இருக்கின்றனர். நடத்தையில் தவறுகின்றனர். சுயநலமிகளாக இருக்கின்றனர். மற்றவர்களின்தேவைகளைப் பற்றி அசட்டையாக இருக்கின்றனர். தாங்கள், களவாடப்பட்டு விட்டதாக பொய் கணிப்புசெய்கின்றனர். ஏதோ நோய் வாய்பட்டதாக கற்பனை செய்கின்றனர். ''தனது உடலில் உள்ள எல்லா உறுப்புகளும் சிதைந்து விட்டன. தனக்கு இரைப்பையோ, குடல்களோ இல்லை'' எனப் பறைசாற்றுகிறான். அதிகரித்து வரும் மனபலவீனத்துடன் முதுமை நிலையும் இருக்கின்றன. எலும்புகள் எளிதில் நொறுங்க கூடியதாக இருக்கின்றன. இத்தகைய நோயாளிகள் ஒழுங்கற்று இருப்பதால், இவர்களை கண்காணிப்பது மிக அவசியம். படுக்கைப் புண்கள் தோன்றலாம்.

நோயின் எந்த நிலையின் போதும் தோன்றும் உள இயக்கக் கிளர்த்தலுக்கு 25—50 மி.கி. அலகில், தசை ஊசியாக அமைனசின் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

காக்கா வலிப்பு நோய்

சமீப காலமாக, காக்கா வலிப்பு பற்றிய உண்மையான சரியான கணிப்பு குறைந்து விட்டது. எந்த விதக்காரணம் இன்றி குழந்தைப் பருவத்தில் எப்போதாவது தோன்றும் வலிப்புடன் ஆளுமையும் சீரழிவதையே இப்போது காக்கா வலிப்பு என்கிறோம். பல கேசுகளில், மூளைக் கட்டியின் ஒரு வெளிப்பாடாக காக்காவலிப்பு, வருகிறது. தலைக் காயம், மற்றும் மூளை உறை அழற்சி, மூளை அழற்சி ஆகியவற்றின் எஞ்சிய விளைவுகளாகவும் காக்கா வலிப்பு இருக்கிறது. காக்கா வலிப்பின் பிரதான அறிகுறியாவது, வலிப்புத் தாக்குதலுடன் நினைவிழப்பு ஏற்படுகிறது.

காக்கா வலிப்பு நோயின் காரணம் முழுமையாகத் தெரியவில்லை. பிறப்பின் போது ஏற்பட்ட காயம் மற்றும் கருப்பை உள் வாழ்வின் போதான மூளை அழற்சி, குழந்தைப் பருவ மூளை அழற்சி ஆகியவையும், பல கேசுகளில் வலிப்புத் தாக்குதல்களை உண்டாக்குகின்றன. காக்கா வலிப்பு நோயாளியின் பெற்றோர்களுக்கு நரம்பு சார்ந்த மனோ வியாதியோ அல்லது மிகை மதுநிலையோ இருந்திருக்கலாம். வளர்சிதை மாற்றக் கோளாறுகள், மற்றும் இரத்த நாளங்களில் தோன்றும் மாற்றங்கள் ஆகியவை காக்காவலிப்பு உருவாவதை ஊக்குவிக்கலாம். பெரு மூளை இரத்த நாளங்களின் சுருக்கத்துடன் காக்கா வலிப்பு தாக்குதல் இணைந்துள்ளது என சில ஆராய்ச்சியாளர்கள் கருதுகிறார்கள். காக்கா வலிப்பு நோயாளிகளின் மூளை

மீது செய்யப்பட்ட அறுவை சிகிச்சையின் போது மேற் கூறியது உறுதி செய்யப்பட்டது.

காக்கா வலிப்பு நோயாளிகள் பெரும்பாலும் கல்விச் செருக்குக் கொண்டவர்களாகவும், குற்றங்காணும் இயல்புடையவர்களாகவும், போராடிப்பவர்களாகவும் இருக்கிருர்கள். முக்கியமான பொருளில் இருந்து சாதாரணமானவற்றை பிரித்தறிய முடியாத நிலையில் இருப்பதால் சிறிய விஷயங்களைப் பெரிதுபடுத்துகிறார்கள். ஒவ்வொரு விவகாரத்திலும் தலையிடுகிறார்கள். கற்பனையான ஒரு நியாயத்தை வழங்க வேண்டுமென இடைவிடாது மன்றாடுகிறார்கள். இத்தகைய தன்மைகள் இருப்பதால், அந்த நோயாளியை அன்றாட வாழ்க்கையில் சமாளிப்பது சிரமமாகும். காக்காவலிப்பு நோயாளியின் ஆளுமையில் காணப்படும் தனித் தன்மைகள் மற்ற அறிகுறிகளாகளான வலிப்புத்தாக்குதல்கள் இல்லாத போது நோய்நிர்ணயத்திற்கு உதவுகின்றன.

காக்கா வலிப்பு நோயாளியின் தன்மைகளில் ஒன்று, உயிர்ப்பற்ற நிலையாகும். கடந்த கால பழக்க வழக்கங்கள், பொருட்கள், எண்ணங்கள் ஆகியவற்றைக் கைவிடத் தயங்குகிறான். பழைய எண்ணங்களையும் மனப் பதிவுகளையும் விடாமல் இருக்கிறான். அவனது அபிலாஷைகள் மிகவும் குறுகியே உள்ளன. அவனது புத்தி சாதுர்யமும் குறுகல் அடைகிறது.

காக்கா வலிப்பு நோயாளிகள் பொதுவாகவே மிகையான பணிவுடனும், இனிய வார்த்தைகளுடனும், இருந்த போதிலும் சுயநலம், மற்றும் குசும்பு, பொறாமை, பழிவாங்கும் தன்மை கொடூர மனப்பான்மை கொண்டுள்ளார்கள். பக்தியுடையவர்களாகவும் மூட நம்பிக்கை கொண்டவர்களாகவும் இருக்கிறார்கள். காக்கா வலிப்பு கொண்ட எல்லா நோயாளிகளிலும் மேற்கூறிய தன்மைகள் காணப்படாது என்பதை கவனத்தில் கொள்ளவேண்டும்.

திடீரென்று தோன்றும் நினைவிழப்புடன் காக்கா வலிப்புத் தாக்குதல் துவங்குகிறது. நோயாளி குப்புற விழுந்து முகத்தில் காயம் ஏற்படுகிறது. வலிப்பு தாக்குதல்கள் விறைப்பு நிலையுடன் துவங்குகிறது. கை, கால்களின் தசைகள் விறைப்புடன் நீட்டப்படுகின்றன. இதைத் தொடர்ந்து நடுக்க நிலை உண்டாகிறது. இதில் கைகளும், கால்களும் மடக்கவும், நீட்டவும் படுகின்றன. முகத்தின் தசைகள் சுருக்கம் அடைகின்றன. நாக்கு கடிக்கப்படலாம். வாயில் நுரையுடன் உமிழ் நீர் தேக்கம் அடைந்து வாய் வழியாக ஒழுகுகிறது. நோயாளி எற்கெனவே நாக்கைக் கடித்திருந்தால், உமிழ் நீருடன் இரத்தமும் வெளிப்படுகிறது. தசைச் சுருக்கத்தில் மூச்சு மண்டலத்தசைகளும் பாதிக்கப்படுகின்றன. இதனுல் மூச்சு விடலில் சிரமம் ஏற்படுகிறது. நோயாளியின் முகம் முதலில் வெளிறி, பின்னர் நீலநிறமடைகிறது. கண்ணின் பாவைகள் விரிவடைந்து ஒளிக்கு பிரதிவினை அளிப்பதில்

லை. வலிப்புத் தாக்குதலின் போது தன்னை அறியாமலேயே சிறுநீர் வெளிப்படுகிறது. சில போது மலமும் வெளிப்படுகிறது. இந்தத் தாக்குதல் 1—2 நிமிடங்களே நீடிக்கிறது. இதைத் தொடர்ந்து பரவலான அடங்கல், உறக்கம், பல மணி நேரங்கள் நீடிக்கிறது. விழித்தெழும்போது அவனுக்கு என்ன நடந்தது என்றே தெரியாது. வலிப்புத் தாக்குதலுக்குப் பின்னர் சிலர்சிடுசிடுப்புடன் இருக்கின்றனர். சிலர் ஓய்ந்து போய் இருக்கிறார்கள். எளிதில் களைப்படைந்து விடுகிறார்கள். தலைவலியும் உண்டாகிறது. உள்ளம் சார்ந்த பண்புகள் மட்டுப்படுகின்றன.

சிலபோது தூங்கும் போது காக்கா வலிப்புத் தாக்குதல் உண்டாகிறது. தனக்கு இப்படி ஒரு தாக்குதல்நேர்ந்தது என யாராவது சொன்னால் தான் அவனுக்குத் தெரியும்.

தாக்குதல் துவங்குவதற்கு சில வினாடிகள் முன்பு, பலருக்கு, இனிநேரப் போவதைக் குறித்து எச்சரிக்கை கிடைக்கிறது. இதையே ''காக்கா வலிப்பு முன்னுணர்வு'' என்கிறோம். இது பலதரப்பட்ட உணர்ச்சிகளின் வடிவத்தில் இருக்கலாம்: அங்குமிங்கும் தோன்றும் அறுவறுப்பான உணர்வுகள் வரையறுக்கப்பட்ட வாசனைகள், காது, மற்றும் கண் சார்ந்த உணர்வுகள். இத்தகைய முன்னுணர்வின் போது நோயாளிக்கு தன்னை சுற்றியுள்ள பொருட்கள் மிகவும் பெரிதாகவோ, சிறிதாகவோ தோன்றலாம். அவை, சிதைந்தும் கூட காணப்படலாம். முன்னுணர் வைத்தொடர்ந்து தற்காலிக ஒரு காது கேட்காமல் இருக்கலாம். அல்லது காது இரைச்சல் உண்டாகலாம். விசிலடிப்பது போன்றோ, யாரோ ஒருவர் தன்னைக் கூப்பிடுவது போன்றோ உணர்வுகள் தோன்றுகின்றன. இறுதியாக முன்னுணர்வை ஒட்டி அசாதாரண அனுபவங்கள் உண்டாகின்றன. அதே இடத்தை, தான் ஏற்கெனவே பார்த்தது போன்று நோயாளி கற்பனை செய்கிறான். சுற்றியுள்ள பொருட்கள் இருந்த இடத்திலேயே இருப்பது போன்று உணர்கிறான். அதே உரையாடலை ஏற்கெனவே கேட்டது போன்று தெரிகிறது. இதே போன்று அனுபவம் ஏற்கெனவே நிகழ்ந்துள்ளது என்றும், ஆனால் எப்போது எங்கே நடந்தது என ஞாபகமில்லை. முன்னுணர்வு ஒரு சில வினடிகளே நீடிக்கின்றன. நோயாளி தனது படுக்கைக்குச் செல்ல நேரம் இருக்கிறது. மேலும் அக்கம் பக்கத்தில் உள்ளவர்களை தனக்கு வலிப்புத் தாக்குதல் வரப் போகிறது என எச்சரிக்க முடியும். அபூர்வமான கேசுகளில் முன்னுணர்வு மட்டும் தோன்றுகிறது. வலிப்புத்தாக்குதல் உண்டாவதில்லை.

காக்கா வலிப்பு தாக்குதலின் சூட்சமம், மிகவும் சிக்கல் வாய்ந்தது. அதைப்பற்றிய தெளிவான விபரங்கள் இல்லை. காக்கா வலிப்பு நோயாளியின் இயக்கப்பகுப்பியின் புறணிப் பகுதி ஒரு கிளர்த்தல் நிலையில் இருக்கிறது. கூடுதலான தூண்டலின் விளைவாக

இந்தக் கிளர்த்தல் ஒரு காக்கா வலிப்புத் தாக்குதலாக மாறுகிறது. பெரு மூளைப் புறணியில் கிளர்த்தல் நிகழ்வில் மிகையான பலமும், திடீரென்று உண்டாகும் தன்மையும் காக்கா வலிப்பு நோயாளியின் சிறப்புப் பண்புகளாகும்.

காக்கா வலிப்பின் பெருவலிப்புத் தாக்குதல்கள் தவிர இதிலிருந்து முற்றிலும் மாறுபட்ட சிறு வலிப்பும் தோன்றுகிறது. சிறு வலிப்புத் தாக்குதலின் பிரதான அறிகுறி என்ன வெனில், உடனடியான நினை விழப்பாகும். நோயாளியைச் சுற்றி உள்ளவர்கள் கீழ்கண்டவற்றைக் காண்கிறார்கள். ஒரு சில வினாடிகளுக்கு தான் பேசுவதை திடீ ரென்று நிறுத்துகிறான். தான் அங்கே இல்லாதது போன்று எதையோ ஒன்றை வெற்றுப் பார்வையுடன் நோக்குகிறான். ஒன்றும் நடவாதது போல் மீண்டும் உரையாடத் துவங்குகிறான். அபூர்வமான கேசுகளில் சிறு வலிப்பைத் தொடர்ந்து களைப்பும், பலவீனமும் தோன்று கிறது.

பெரு வலிப்புக்கும், சிறு வலிப்புக்கும் இடையே பல்வேறு தற் காலிக வகைகள் காணப்படுகின்றன. சில போது ஒரு நோயாளி, திடீரென்று சுய நினைவிழந்து தரையில் விழுகிறான். முகத்தசைகள் அல்லது கைகால் தசைகள் வலிப்புக் கொள்கின்றன. திடீரென்று நினைவு மங்கல் அடைந்து நோயாளி எங்கோ ஓட முயற்சிப்பது கூட இந்தத் தாக்குதலில் காணப்படுகிறது.

காக்கா வலிப்பு கொண்ட ஒரு நோயாளி, நீண்ட நேரத்திற்கு ஒருசோர்ந்த நிலையை அடைகிறான். அப்போது, அவனுக்குத் ''தான் என்ன செய்கிறோம்'' என்று கூடத் தெரியாது. பொது இடங்களில் தனது ஆடைகளை அவிழ்த்து விடுகிறான். முழு உடை களுடன் தண்ணீரில் குதிக்கிறான். இந்த சோர்ந்த நிலையின் போது நோயாளி வெளியூருக்கே சென்று விடலாம் அல்லது ஏதோ ஒரு குற்றம் (அருகில் உள்ளவரை அடிப்பது பக்கத்தில் உள்ள வீட்டுக்குத் தீவைப்பது) இழைக்கிறான். இந்த சோர்வு நிலையில் இருந்து விடு பட்டவுடன் அவனுக்கு எதுவுமே நினைவில் இருப்பதில்லை. இந்த நிலையின் போது மிகையான உள இயக்கக் கிளர்த்தல் உண்டா கிறது. காரணமற்ற பயம் உண்டாகிறது. பயங்கரமான காட்சிகள் தோன்றுகின்றன. இதன் விளைவாகத்தான் அவன் முரட்டுத் தன மாக நடந்து கொள்கிறான். மேற்கூறியவை சில மணி நேரங்களில் இருந்து பல நாட்கள் வரை நீடிக்கின்றன.

காக்கா வலிப்பு நோயாளிகளுக்கு உணர்ச்சி வசக் கோளாறுகள் ஏற்படலாம். எந்த விதக் காரணம் இன்றி அவர்கள் திடீரென்று குசும்புக் காரர்களாக, சிடுசிடுப்புள்ளவர்களாக, முரட்டுத்தனமான வர்களாக, எதிலும் குற்றங்காண்பவர்களாக, மாறுகிறார்கள். சான்றாக, ஒரு ஆண் நோயாளி —பயந்த சுபாவம் உள்ளவர், மிகையான பணிவன்புடன் நடந்து கொள்பவர், திடீரென்று கிளர்த்

தல் அடைந்து துன்பம் தருபவராக மாறிக் கூறுகிறார். ''நான் மிக்க கோபமாக இருக்கிறேன்.'' தனது கை முட்டிகளை இறுக்கிக்கொண்டு வராந்தாவில் அங்குமிங்குமாக, நடக்கிறான், அல்லது படுக்கையில் புரண்டு கொண்டு சொல்கிறான். ''என்னிடம் அருகே வராதே. இல்லையெனில் உன்னைக் கொன்று விடுவேன்''. சிறிது நேரம் கழித்து அவன் அமைதியடைகிறான். உடல் முழுவதுமான அசதியுடன் உறங்கி விடுகிறான்.

உறங்குவதற்கான அடக்க முடியாத ஆசையும் (மிகைதுயில் நிலை) மேற்கூறிய நோயின் ஒரு வகையாகும். தினமும் பகலில் பல வேளைகள் தூங்க வேண்டும் என்ற அடக்க முடியாத அவா நோயாளிக்கு உண்டாகிறது. இதை இவனுல் தவிர்க்க முடியாது. கண்களை மூடிக் கொண்டு ஒரு சில வினாடிகள் அல்லது நிமிடங்கள் அசையாதிருக்கிறான். இதைப் பற்றி அவன் நன்கு தெரிந்திருக்கிறான்.

காக்கா வலிப்பு தாக்குதல்கள் ஒன்றையொன்று தொடர்ந்து நிகழ்ந்து, இடைவெளியும் குறைந்து, நோயாளி சுயநினைவும் அடைவதில்லை. ''நிலையான காக்கா வலிப்பு'' உருவாகி பல மணிநேரங்களோ, நாட்களோ நீடிக்கிறது. இது ஒரு பயங்கரமானநிலை. அவசர அவசிய சிகிச்சை முறைகள் தேவைப்படுகின்றன.

தாக்குதல்களுக்கிடையில் நோயாளி, மனோ உடல் சார்ந்த சுகாதாரநிலையில் இருக்கிறான். அபூர்வமாக, தாக்குதல்கள் கொண்ட நோயாளிகளுக்கு இது பொருந்தும். அடிக்கடி தாக்குதல்கள் கொண்ட நோயாளிகளின் மனோ நிலை, கோளாறு நிலையிலேயே இருக்கிறது.

குழந்தைப் பருவத்தில் துவங்கிய காக்கா வலிப்பு, பெரு வலிப்பு தாக்குதல்கள் இன்றியே இருக்கிறது. மங்கலான சுயநினைவுடன் வலிப்புத் தாக்குதல்கள் உள்ளன. விறைப்புடன் கூடிய வலிப்பைத் தொடர்ந்து அசைவுடன் கூடிய வலிப்பு உண்டாவதில்லை. குழந்தையில் தோன்றும் வலிப்பு, திடீரென உணர்விழப்பு போன்று இருக்கிறது: இடுப்பை வளைத்துச் சுற்றல், சொன்ன வார்த்தைகளையே சொல்லுதல்.

குழந்தைகளில் காக்கா வலிப்பு தாக்குதலுக்கு இணையாக, மனப்பாங்கில் ஏற்படும் துரிதமாக திடீரென்று ஏற்படும் மாற்றங்களைக் குறிப்பிடலாம். குழந்தை, குசும்புத்தனங்களில் ஈடுபடுகிறது. ஒரு பயத்துடன் விழிக்கிறது. எங்கேயாவது ஓடி விட முயற்சி செய்கிறது.

சிகிச்சை. வலிப்புக்கு எதிரான விளைவுகளும், நரம்பு மண்டலத்தின் கிளர்தல் நிலையைக் கட்டுப்படுத்தும் தன்மையும் கொண்ட மருந்துகளைப் பயன்படுத்த வேண்டும். அவையாவன: பீனோபார்பிடால் (காலையிலும் மாலையிலும் அல்லது இரவில் 0.05—0.1 கிராம்), டைபீனைன் (டைபீனைல்ஹைடண்டாயின் சோடியம்)

(தினமும் மூன்று வேளை 0.1கி), குளோரகோன் (தினமும் மூன்று வேளை 1கி). சமீப காலமாக ஹெக்சமிடின் (பிரிமிடோன்) (தினமும் மூன்று வேளை 0.25கி) கார்பமசெபின் (தினமும் ஒன்றிரண்டு தடவை 100—200 மி.கி.) கொடுக்கப்படுகின்றன.

செரீஸ்கியின் பவுடர்கள் நல்ல பலன் அளிக்கின்றன. அதில் பினோபார்பிடோல் 0.25 கிராம், புரோமிசோவாலம் 0.2கி., காபீன் சோடியம் பென்சோவேட் 0.015கி., பாபாவரைன் ஹைட்ரோகுளோரைட் 0.03கி., கால்சியம் குளுகனேட் 0.5கி., உள்ளன. தினமும் ஒரு பவுடர் போதுமானது.

செரீஸ்கியின் பவுடர்களை அளிக்கும்போது வைட்டமின் ''பி'' காம்ப்ளக்சும், வைட்டமின் ''சி''யும் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

காக்கா வலிப்பு சிகிச்சை பல ஆண்டுகள் நீடிக்கிறது. ஒவ்வொரு நோயாளிக்குமான கிசிச்சை வேறுபடுகிறது. மொத்தத்தில் சிறந்த மருந்துக்களைத் தேர்ந்தெடுத்து இடைவிடாது சிகிச்சை அளிப்பது நல்லது.

தங்களுக்கென உரிய வழி முறைகளை காக்கா வலிப்பு நோயாளிகள், பின்பற்ற வேண்டும். தேவையில்லாத சோர்வைத் தவிர்க்க வேண்டும். இரவில் பணிகளைத் தவிர்க்க வேண்டும். புகைப் பிடிக்கக் கூடாது. காரமான, மசாலா கொண்ட உணவுகளைத் தவிர்க்கலாம். மதுபானங்களைத் தொடக்கூடாது. முறையான நல்ல பழக்கங்களையும் ஒழுங்கான சிகிச்சையையும் பின்பற்ற வேண்டும். இதன் மூலம் நோயாளியின் உடல் நிலை தேறி வலிப்புத் தாக்குதலின் எண்ணிக்கைகளும் குறைகின்றன.

பெரு வலிப்புத் தோன்றினால் உடனே நோயாளியின் ஆடைகளைத் தளர்த்த வேண்டும். தலையில் காயம் ஏற்பட்டு விடாதபடி தலைக்கு அடியில் ஒரு தலையணையை வைக்கலாம். நோயாளியைப் பிடிப்பது தவிர்க்கப்பட வேண்டும். வலிப்புகள் நின்றவுடன் ஒரு படுக்கையில் கிடத்த வேண்டும்.

உள இயக்கக் கிளர்தலுடன் துயில் நிலையில் இருக்கும் நோயாளிகளுக்கு அவசர சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது. குளோரால் ஹைட்ரேட் கலந்த இனீமா (தினமும் ஒன்றிரண்டு வேளை 50மி.கி. தண்ணீரில் 2—3 கிராம்) அல்லது ஹெக்செனால் (குதம் வழியாக 25 மி.லி. தண்ணீரில் 1கிராம் அல்லது 10மி.லி. வடிகட்டிய நீரில் 1 கிராம் சிரை வழியாக) ஆகியவை நிலையான காக்காவலிப்பு நோயாளிகளுக்கு அளிக்கப்படுகிறது. சமீப காலங்களில் 2.5% அமைனசீன் கரையம் சிரைவழியாகச் செலுத்தப்படுகிறது. அல்லது 40% குளுகோஸ் கரையம் 20மி.லிட்டரில் 0.01கி. டயசிபாம் உட்செலுத்தப்படுகிறது. மேற்கூறிய முறைகள் பலனளிக்காமல் வலிப்புகள் நிற்காவிடில் முதுகெலும்புத்துளை (தண்டுவடத்துளை) கையாளப்படுகிறது.

மூளையின் மற்றும் பல நோய்களின் வெளிப்பாடாகவும் வலிப்புத் தாக்குதல்கள் இருக்கலாம். உதாரணமாக மூளையின் கட்டிகளில், பெருமூளை கபாலக் காயங்களில், வலிப்புத்தாக்குதல்கள் உண்டாகின்றன. அத்தகைய கேசுகளில், சில தசைகளின் துடிப்புடன் வலிப்பு துவங்குகிறது. உதாரணமாக சுய நினைவு இழப்பின்றி முகம் மற்றும் கை, கால் தசைகளின் துடிப்பு. புறணி வழியாக படிப்படியாகத் தூண்டல் பரவுகிறது. வலிப்புகளில் பல்வேறு தசைகளும் பங்கு கொள்வதால், பொதுப்படையான வலிப்பு தோன்றுகிறது. இதையே ஜாக் சோனியன் காக்கா வலிப்பு என்கிறோம். இங்கு, மூளையின் ஒரு புற்றுக்கட்டியால் கிளர்த்தப்படும் ஒரு குவியம் அல்லது மூளையிலோ, மூளை உறையிலோ காணப்படும் காயத்திற்குப் பின்னான ஒரு தழும்பு காணப்படுகிறது. வலிப்புத் தாக்குதல்களுக்கு பிரதான காரணமான (கட்டி, தழும்பு, அயற்பொருள்) வற்றை அகற்றுவதிலும், வலிப்பு எதிர் மருந்துகள் கொடுப்பதிலும் சிகிச்சை அடங்கியுள்ளது.

காக்கா வலிப்புத் தாக்குதலை, ஹிஸ்டீரியா வலிப்பிலிருந்து டாக்டர்கள் பிரித்தறிய வேண்டும். ஏனெனில் சிலபோது இது சிரமமாக இருக்கிறது.

காக்கா வலிப்புத் தாக்குதலில் முழுமையாக நினைவிழப்பு ஏற்படுகிறது. தரையில் விழும்போது காயமடைகிறான். தன்னைத் தானே எரித்துக் கொள்ளலாம். அல்லது வேறு ஏதாவது காயம் ஏற்படலாம். துயில் நிலையில் இருப்பதால், தனக்கும் மற்றவர்களுக்கும் ஆபத்தை உண்டாக்கக் கூடிய அறிவுக்கொவ்வாத காரியங்களைச் செய்கிறான். காக்கா வலிப்பு நோயாளிகளை மருத்துவ உதவியாளர்கள் இடைவிடாது கண்காணிக்க வேண்டும் என்பது தெளிவு. ஒளிக்கு பிரதிவினைபுரியாத கண் பாவைகள், (ஒளிக்கற்றை கண்ணில் படும்போது பாவை சுருக்கம் அடையாது) நோயாளி சுய நினைவிழந்து இருக்கிறான் என்பதற்கான அறிகுறியாகும்.

ஹிஸ்டீரியாவில் நோயாளி நினைவிழப்பதில்லை. கண்பாவையின் பிரவிதினை பாதிக்கப்படுவதில்லை, அவன் தரையில் விழுவதில்லை. தன்னையறியாது சிறுநீர் பிரிவதில்லை. நாக்கைக் கடிப்பதில்லை. ஹிஸ்டீரியா தாக்குதல் நீண்ட நேரம் நீடிக்கிறது. இதைத் தொடர்ந்து முனகல்களும், அழுகைகளும் உண்டாகின்றன. கைகால் அசைவுகளுடன் போலிமரபுகளும் தோன்றுகின்றன. ஒரு டாக்டரின் முன்னிலையில் வலிப்புக்களின் தன்மை அதிகரிக்கிறது. இத்தகைய அசைவுகளுக்கு ஒரு குறிப்பிட்ட பொருள் உண்டு. அவை நோயாளியின் உணர்வுகளைப் பிரதிபலிக்கின்றன. ஹிஸ்டீரியா தாக்குதலைத் தொடர்ந்து ஆழ்ந்த உறக்கம் உண்டாகிறது. வலிப்புக்கும் முந்தைய மனக் காயத்திற்குமான தொடர்பை ஒரு நோய் நிர்ணய அறிகுறியா

கக் கொள்ள முடியாது. ஏனெனில் காக்கா வலிப்பு தாக்குதல் கூட உணர்ச்சி வசப்படும்போது தோன்றலாம்.

காக்கா வலிப்பு தாக்குதலுக்கு பின், நோயாளி குழப்பம் அடைந்துள்ளான். நிலை குலைந்துள்ளான். பேசுவதற்கு சிரமப்படுகிறான். கண்களால் ஒரு புள்ளியையே நோக்கிக்கொண்டிருக்கிறான். ஹிஸ்டீரியாவில் நோயாளி தனது விழியின் வெண்மைப் பகுதியை அங்குமிங்குமாகப் புரட்டுகிறான். அவன் பலமாக எதிர்ப்பதால், மூடிய இமைகளைத் திறக்க இயலவில்லை.

குழந்தைகளில் பல்வேறுபட்ட அம்சங்களால் காக்கா வலிப்பு அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன. சான்றாக துணைதையராய்டு சுரப்பியின் வளர்சிதை மாற்றக் கோளாறுகளில் விறைப்பு மற்றும் தளர்ந்த வலிப்புகள் தோன்றுகின்றன. ஸ்பாஸ்மோபிலியா எனப்படும் இந்த நோய், இளம் குழந்தைகளில் காணப்படுகறது. 3 வயது அடையும் போது குழந்தை முழுமையாகச் சீரடைகிறது. நோயின் எஞ்சிய அறிகுறி எதுவுமிருப்பதில்லை. ஸ்பாஸ்மோபிலியா நோயாளிகளுக்கு கீழ்க்கண்டவை தரப்படுகின்றன:—மீன் எண்ணெய், பாஸ்பரஸ் மருந்துகள், ஏ,பி,சி, டி வைட்டமின்கள்.

வலிப்புத்தாக்குதல்களைத் தொடர்ந்து தீவிர கிருமி பாதிப்புகள், பல்வேறு நச்சு விளைவுகள், புழுப்பாதிப்புகள் அடிக்கடி உண்டாகின்றன. இறுதியாக, நரம்பு மண்டலத்தின் வியாதிகளிலும் (மூளை அழற்சி, அரக்னாய்டு அழற்சி) வலிப்புத் தாக்குதல்கள் உண்டாகின்றன. குழந்தைப் பருவத்தில் தோன்றும் வலிப்பு நோய்கள், அடங்கல் நிகழ்வின் குறைபட்ட வளர்ச்சியுடன் இணைந்திருக்கலாம், அல்லது மாறாக பெரு மூளைப்புறணியின் வழியாக துரிதமாக கிளர்த்தல் பரவுவதாலும் இருக்கலாம்.

நரம்புத் தளர்ச்சி

நரம்புத் தளர்ச்சியில் அடிப்படையான அம்சம் மனப்பாங்கு சீர்குலைவது தான். சூழ்நிலைகளால் மனதிற்கு ஏற்படும் சேதாரம், இத்தகைய நோய் நிலைகளாக வெளிப்படுகிறது. நரம்புத் தளர்ச்சியை மனோவயப்பட்ட நோயாகக் கருத வேண்டும். மனோவியாதிகளை, அகில உலக நியதிப்படி கீழ்க்கண்ட மூன்று வகைகளாகப் பிரிக்கின்றனர்: நரம்புத்தளர்ச்சி, வெறிகொண்ட நரம்புத் தளர்ச்சி, ஹிஸ்டீரியா.

நரம்பு மண்டலம் மிகையாகச் செயல்பட்டால் **நரம்புத் தளர்ச்சி** எனும் நோய் உண்டாகிறது. ஒருபக்கம் கிளர்த்தலாகவும், மறுபக்கம் சோர்வாகவும் இந்நோயின் அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன. ஒரு நோயாளிக்கு மிகையான கிளர்த்தலுக்கான அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன. இத்தகைய நரம்பு சார்ந்த கிளர்த்தலின் அறிகுறிகளாவன:

சிடுசிடுப்பு, அசாதாரண அசதி, சோக நிலை, நரம்புத்தளர்ச்சி உள்ளவர்கள் தங்களது உணர்ச்சி வெளிப் பாடுகளை அடக்க முடியாதவர்களாக இருக்கிறார்கள். எதற்காகவும் பொறுத்திருப்பது அவர்களால் முடியாத ஒன்றாகும். சுகாதாரமான மக்கள் எளிதில் பொறுத்துக் கொள்ளக் கூடிய ஒலி, ஒளித் தூண்டல்களுக்கு இந்த நோயாளிகள் கூருணர்ச்சி கொண்டவர்களாக இருக்கிறார்கள். ஒரு கதவைத் தட்டுவது மற்றும் நடமாடு ஓசைகள், தெருக்களில் உண்டாகும் சப்தங்கள், மற்ற நோயாளிகளின் உரையாடல், உரத்த குரலிசை, பிரகாசமான ஒளி, தட்பவெப்பம் ஆகியவற்றை அவர்களால் பொறுத்துக் கொள்ள முடியாது.

நரம்புத்தளர்ச்சியின் அடிக்கடி நிகழும் அறிகுறிகளில் ஒன்று தூக்கக் கோளாறாகும். இரவில் நோயாளியால் தூங்க முடியாது. கடந்த கால நிகழ்வுகளால் தனது மனதை அலட்டிக் கொள்கிறான். அன்று நடந்த மிகச் சிறிய சம்பவங்களைப் பற்றி இடைவிடாது எண்ணுகிறான். சீர் குலைக்கும் எண்ணங்கள் எதுவும் இன்றி சில போது தூங்க நினைக்கிறான். ஆனால் பல மணி நேரங்கள் தூங்க முடியாது. விழித்துக் கொண்டே இருக்கிறான். தூக்கமும் நிம்மதியாக இராமல் விட்டு விட்டு இருக்கிறது. அருவருக்கத்தக்க சொப்பனங்கள் உண்டாகின்றன. விழித்தெழுந்தவுடன் உற்சாகமோ, சுறுசுறுப்போ இருப்பதில்லை. நோயாளி சோர்வடைந்து நாள் பூராவும் களைப்பாக இருக்கிறான்.

நரம்பு மண்டலப் பரிசோதனைகள் மூலம், தசை நாண்கள் மற்றும் சிலேட்டுமப்படலங்கள், கண் இமைகள், கைவிரல்கள் ஆகியவற்றின் மிகையான அனிச்சைகள் இருப்பது தெரியவருகிறது. கழுத்து மற்றும் முகம் ஆகியவற்றின் சருமத்தில் செம்புள்ளிகள் காணப்படுகின்றன. உள்ளங்கைகள் மற்றும் பாதம், உடலின் மற்ற பகுதிகள் ஆகியவற்றில் மிகையாக வியர்வை சுரக்கிறது. நாடித் துடிப்பு துரிதமாக இருக்கிறது. உடலின் பல்வேறு பகுதிகளில் பல்வேறு வகையான உணர்ச்சிகள், இருதயத்தில் ஒரு அழுத்தம், இரைப்பை, குடலில்வலி, தலைவலி, தலைச் சுற்றல் ஆகியவையும் உண்டாகின்றன. நரம்பு மிகைக் கிளர்த்தல் அறிகுறிகளுடன் மிகையான நரம்புத் தளர்ச்சி அறிகுறிகளும் காணப்படுகின்றன. அவையாவன: துரிதமான சோர்வு, நிலையற்ற தன்மை, கவனக் குறைவு, ஆற்றும் பணியின் தரக்குறைவு, தனது வழக்கமான பணிகளில் நோயாளியால் கவனம் செலுத்த முடிவதில்லை. அவன் எளிதில் திசைதிருப்பப்படுகிறான். தான் படித்த கருத்துக்களை நினைவில் கொள்ள முடிவதில்லை. தான் தனது நினைவு கூறும் சக்தியை இழந்து விட்டதாகக் கூறுகிறான். அவனால், அதற்கு மேல் பணி புரிய முடிவதில்லை. உணர்ச்சி வசப்பட்ட நிலையில் அவனால் செறிவான கவனத்தைச் செலுத்த முடியவில்லை. உரையாடலின் போது தனது வாழ்க்

கையில் நடந்த சம்பவங்களைக் கோர்வையாகச் செல்லமுடியவில்லை. தெரிந்தவர்களின் பெயர்களை நினைவில் கொள்ள முடியவில்லை. பணியாற்றும் திறன் குறைவு, பாதிக்கப்பட்ட தூக்கம், உடலின் பல்வேறு பகுதிகளில் அருவருக்கத்தக்க வலியுடன் கூடிய உணர்வுகள், புணர இயலாமை ஆகியவற்றுடன் மனத்தளர்ச்சி, பதட்ட நிலை ஆகியவையும் சேர்ந்து நோய் சீரடைவதைத் தடை செய்கின்றன. குழந்தையின் மனோ உடல் திறனுக்கு மிஞ்சிய அன்றாடப் பள்ளிப் பாடங்களுக்கு அப்பாற்பட்ட (அயன்மொழி பயிற்சி, இசைப் பயிற்சி, மற்றும் விளையாட்டுகள்) கலைத்திறனை எதிர்ப்பார்த்து பெற்றோர்கள் ஏமாற்றமடைகின்றனர். அதன் விளைவு குழந்தையையும் பாதித்து நரம்புத் தளர்ச்சி உண்டாகிறது. இதனால் இடைவிடாத தூக்கமின்மை நிலையற்ற உணர்ச்சிவய நிலை, சிடுசிடுப்பு, உடல் எடை இழப்பு, பசியின்மை, நெஞ்சல் படபடப்பு ஆகியவை தோன்றுகின்றன. அதிகப்படியான வேலைகள், பள்ளியில் குறைந்த அம்சங்கள் வாங்கியதற்காக தண்டணை, ஆசிரியருடன் மோதல், மற்றப் பள்ளிச் சிறுவர்களுடன் சச்சரவு, ஆகிய வீட்டிலும், பள்ளிகளில் நடைபெறும் அசம்பாவிதங்கள், குழந்தையின் நரம்புத் தளர்ச்சி நிலையை மோசம் அடைச் செய்கிறது. இதனால் மிகையான இருதயத் துடிப்பு, அதிகமான வியர்வை சுரப்பு, திடீர் மயக்கம், திக்கிய பேச்சு, கை, கால் மற்றும் முகத்தசைகளின் துடிப்பு ஆகியவை தோன்றுகின்றன. 6—7வயதுக்கு குழந்தைகளிலும், வயது வந்தவர்களிலும் (11—13 வயது) தசைத் துடிப்புகள் தோன்றுகின்றன. குழந்தையின் இத்தகைய நிலையை ஊக்குவிக்கும் அம்சங்களை அகற்றுவதில் தான் சிகிச்சை அமைகிறது. வைட்டமின்களும், பொதுவான தெம்புகொடுக்கும் மருந்துகளும் கொடுக்கப்படலாம். குழந்தை, விளையாட்டுகளில் பங்கு கொள்வது நல்லது. புற நோயாளியாகவே சிகிச்சை அளித்தால் போதுமானது.

தீய அம்சங்களை அகற்றுவதுடன், நடப்பது, சிகிச்சைக்கான உடற்பயிற்சிகள், பல்வேறு நீரியல் சார்ந்த சிகிச்சை முறைகள் (கால்சியம் குளோரைட்கொண்ட மின்னோட்டம், துளிச்சிதறல்) ஆகியவை பலன் கொடுக்கின்றன.

புரோமைட் உப்புக்கள், விலிரியின் டிங்க்சர், கோடீன், காஃபீன், ஆகிய மருந்துகள் நல்ல பலன் கொடுக்கின்றன. டையசிபாம் அல்லது எலினியம் போன்ற அமைதி யூட்டும் மருந்துகளை 5—10மி.கி. அலகில் தினமும் இரண்டு மூன்று வேளைகள் அளித்தால் பதட்ட நிலை குறைகிறது. நோய் நிலையை விவரிக்கும் பேச்சுகள், இதமான வார்த்தைகள் (சிலபோது வசிய நிலை) ஆகியவையுடன் ஸ்பெர்மின் அல்லது பேண்டோப்ரைன் (முதிர்ச்சியடையாத கான் கொம்புகளின் பிழிசாறு, நரம்பு மண்டலத்தைத் தூண்டுகிறது) மருந்துகளை அளித்தால் புணர இயலாமை சீரடையும்.

மனப் பிராந்தியுடன் கூடிய நரம்புத் தளர்ச்சி. ஏற்கெனவே நிகழ்ந்த மனக்காயம் மற்றும் பலவீனம், உள்ளுறுப்பு வியாதியின் எஞ்சிய விளைவு, ஆகியவற்றின் பின்னணியில் மனப்பிராந்தி உண்டாகிறது. நோயாளியின் மனநிலை, பல்வேறு பயங்களால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளது. இத்தகைய பயங்களின் பல்வேறு வகைகள் வருமாறு: இருதயத் தாக்குதலால் திடீர் மரணம் (இருதய அச்சம்) மூளையினுள் குருதிப் பெருக்கும், தீராத வியாதி ஒன்றாலோ அல்லது புற்று நோயாலோ, பாதிக்கப்படப் போகும் பயம் (புற்றுநோய் அச்சம்). இத்தகைய நோயாளிகள், கூட்டங்களைக் கண்டு அச்சமுறுகின்றனர். பெரிய சதுக்கங்களையும், அகன்ற தெருக்களையும் கடந்து செல்லும் போது பயம், உயரமானவற்றைக் கண்டு ஒரு திகில், இத்துடன் உள்ளுறுப்பு இயக்க இரத்த நாளக் கோளாறுகளும் தோன்றுகின்றன: துரிதமான இருதயத் துடிப்பு, வெளிறிய அல்லது சிவந்த முகம், இரத்த மிகு அழுத்தம், வாயின் உலர்ந்த நிலை, சிரம மூச்சு, மனப் பிராந்தியால் உடனடியான மருத்துவ உதவி நோக்கி இங்குமங்கும் அலைகிறான். இதமான வார்த்தைகளாலும், ஊக்குவிப்பதாலும் அவனது பயங்கள் அகலுகின்றன. மனப் பிராந்தியுடன் கூடிய பல நோயாளிகள், பல ஆண்டுகளுக்கு சிகிச்சை பெறுகின்றனர். நீண்ட நாள் நீடிக்கும் ஒரு போக்கை வியாதி பின்பற்றுவதாக தற்கால ஆராய்ச்சி மூலம் தெரிகிறது. எப்போதாவதான பதட்ட நிலை, மூளையை மீண்டும் பாதிக்கும் சில சம்பவங்கள், ஆகியவை நோய் நிலையை அதிகப்படுத்துகின்றன. தீய அம்சங்கள் அகற்றப்பட்ட பின்பும் நரம்புத் தளர்ச்சியின் அறிகுறிகள் (அச்சம், திகில்) நிலையாக இருக்கின்றன. முன்னர் நடந்த ஒரு தீய சம்பவத்தை நினைவூட்டினாலே அவனுக்கு நோய் நிலை உண்டாகி விடுகிறது. பயம் கொண்ட நிலையில் இருதயத் தாக்குதல் பயம் அவனை மனநல காப்பகத்தில் அனுமதித்து நீண்டகால சிகிச்சைக்கு ஏற்பாடு செய்ய வேண்டும். மனப் பிராந்தியுடன் கூடிய மனத்தளர்ச்சியின் நோய் குறியியல் தன்மை சிக்கல் வாய்ந்தது. அடங்கல் நிகழ்வு குறைந்த பின்னணியில் மூளைப்புறணியில் நிலையான கிளர்த்தல் குவியங்கள் உண்டாகின்றன. மனப் பிராந்தியின் அறிகுறிகளின் தன்மையை மேற் கூறியது தான் நிர்ணயிக்கிறது. நிரந்தரமான அச்சங்கள் உண்டாவதில் உயிரினத்தின் வளர்சிதை மாற்றக் கோளாறுகளும் (கேடகாலமென்) லிம்பிக் அமைப்பின் கோளாறுகளும் முக்கிய பங்கு வகிக்கின்றன. இது நவீன கால சிகிச்சை முறைகளை நிர்மாணிக்கிறது. அறிவியல் அடிப்படையிலான மனவழி மருத்துவமும், சுய பயிற்சியும் எஞ்சியுள்ள பயங்களை நீக்க உதவி புரிவதில்லை. இத்தகைய கேசுகளில் பயத்தைதுரிதமாக நீக்க உரிய மருந்துகளை அளிப்பது நல்லது. டையசிபாம் (5மி.கி. தினமும் ஆறு தடவைகள்) சோடியம் புரோமைடை (3—6%) வலோகார்டினுடன்

இணைத்துக் கொடுப்பது, வலிரியன்டிங்க்கசர் (10—15 சொட்டுகள்) கோடீனை (0.01—0.02கி) லியோனரஸ்டிகாக்ஷனுடன் கலந்து கொடுப்பது, இந்த சிகிச்சை எல்லாமே புற நோயாளிப் பகுதியில் கொடுக்கப்படலாம். எதையாவது எண்ண வேண்டும் என்ற அளவு கடந்த ஆசை (மாடிப் படிகள் மற்றும் சாளரங்கள், வார்த்தைகளில் உள்ள சொற்கள்), சொற்றோடரையோ அல்லது வார்த்தைகளையோ மீண்டும் சொல்லி தூங்கப் போதல், தனக்கோ, தனது உறவினருக்கோ, எதுவுமே நிகழவில்லை என்ற கற்பனை ஆகிய அனைத்துமே குழந்தைகளில் காணப்படும் மனப்பிராந்தி நரம்புத் தளர்ச்சியின் வெளிப்பாடுகளாகும். ஆசிரியரால் கரும்பலகைக்கு அழைத்துச் செல்லப்பட்டு எழுதச் சொன்னால், அச்சமடைந்து முகமெல்லாம் சிவந்து மற்ற குழந்தைகளின் மத்தியில் அவமதிக்கப்பட்டு அவதியுறுவதும் இந்நோயின் ஒரு வெளிப்பாட்டாகும். கிருமி பாதிப்பு மற்றும் அசுத்தமடைந்த கைகள், பொருட்களைத் தொடுதல் ஆகியவை பற்றி அவர்கள் அச்சமடைகின்றனர்.

சிகிச்சை. மனவழி மருத்துவ சொற்பொழிவுகள், ஒரு பொதுச் சுகாதார நெறிமுறையை வகுத்தல் ஆகியவை சிகிச்சையில் அடங்கும். நோயாளிகளை ஒருங்கே கூட்டி சிகிச்சை அளித்தல், விளையாட்டுக்களில் ஈடுபடுத்தல், நோய் நிலையை சீரமைக்க உதவும். மனப் பிராந்தியை அகற்றுவதில், ஆசிரியர்கள் மற்றும் மனவழி மருத்துவச்சிகிச்சை அளிக்கும் டாக்டர்கள் ஆகியோரின் பங்கு மகத்தானது.

ஹிஸ்டீரியா. இந்த நோயின் மருத்துவ வெளிப்பாடு பலதரப்பட்டது. ஹிஸ்டீரியாவின் நோய் அறிகுறிகளை இரண்டு பிரிவாகப் பிரிக்கலாம். 1. உளநோய்க் குறியியல் சார்ந்தது. 2. உள்ளுறுப்புக்கள் சார்ந்தது. முதல் பிரிவில் இவை அடங்கும்: ஹிஸ்டீரியா வலிப்புத்தாக்குதல்கள்; ஹிஸ்டீரியா துயில் நிலை; பொய்யான கிறுக்குத்தனம், சிறு பிள்ளைத்தனம், உணர்ச்சி இழப்பு. இரண்டாவது பிரிவில் இவை அடங்கும்: ஹிஸ்டீரியா செயலிழப்பு, செயல் பலவீனம், குரலிழப்பு, செவிட்டுத்தனம், ஊமைநிலை, குருட்டுத்தனம், வாந்தி, சிறுநீர் மற்றும் மலம் வெளிப்படாமை.

ஹிஸ்டீரியா தன்மை கொண்டவர்களிடையே மேற்கூறியவை தோன்றுகின்றன. ஹிஸ்டீரியாவின் சில அறிகுறிகள் மூலம், அவனுள் இருக்கும் ஒரு தீராத வியாதி வெளிப்படுகிறது.

ஹிஸ்டீரியாவின் சிறப்பான அறிகுறிகள் தற்காலத்தில் மிகவும் அபூர்வம். பகல் நேரத்தில் மற்றும் பலர் அருகே இருக்கும் போது **ஹிஸ்டீரியா** தாக்குதல் தோன்றுகிறது. இதற்கு முன்னர் உணர்ச்சி வசப்படுதலும், மனதிற்கு தீங்கு விளைவிக்கக்கூடிய நிலைகளும் தோன்றுகின்றன. ஹிஸ்டீரியாத் தாக்குதலை காக்கா வலிப்புத்தாக்குதலில் இருந்து பிரித்தறிய செவிலியரால் முடியும்.

செவிலியர் விவரிக்கும் எல்லா அறிகுறிகளிலிருந்தும் டாக்டர், நோயின் நிலையை நன்கு கணிப்பார். ஹிஸ்டீரியா நோயாளி, தான் கீழே விழும் போது தனக்கு காயம் ஏற்படாமல் பார்த்துக் கொள்வான். காக்கா வலிப்பிலிருந்து ஹிஸ்டீரியா, மாறுபடுகிறது. சீரற்ற தன்மை, நடிப்பு, போலித்தனம், ஏதோ அவதிப்படுவது போன்ற முகவலிப்பு அசைவுகள், தன்னைச் சுற்றியுள்ளவர்களின் அனுதாபத்தைப் பெற நோயாளி பல்வேறு தோரணை நிலைகளை மேற்கொள்கிறான். (படம் 35) ஹிஸ்டீரியாவலிப்பு, பல நிமிடங்களில் இருந்து பல மணி நேரங்கள் நீடிக்கிறது. குறைந்த காலமே நீடிக்கும் காக்கா வலிப்பு தாக்குதலில் இருந்து விடுதலைப் பட்ட நோயாளி, அயர்ந்து நீண்ட நேரம் தூங்குகிறான். ஆனால் நீண்ட நேரம் நீடித்த ஹிஸ்டீரியா தாக்குதலுக்குப் பின்னர், அவன் அயர்ந்து போவதில்லை. வலிப்பு நின்ற உடன் எதுவும் நடை பெறாதது போன்று, தனது நடவடிக்கைகளை இடைவிடாது தொடர்கிறான்.



படம் 35. ஹிஸ்டீரியாவின்போதான முதுகு வளைவு

ஹிஸ்டீரியாவில் சுய நினைவு பாதிக்கப்படும்போது கருத்தோட்டமும், ஒருங்கிணைந்த கவனிப்பும் பாதிக்கப்படுகிறது. இது மனப்பாங்கை பாதிக்கிறது. சான்றாக தனது குழந்தையை இழந்த ஒரு தாய், துயில் நிலையை அடைகிறாள். இங்கு சுற்றுப்புற சூழ்நிலையால் பாதிக்கப்படுவதில்லை. எதையோ ஒன்றை இடைவிடாது தேடிக் கொண்டிருப்பாள் தலையணையை ஒரு கம்பளி கொண்டு போர்த்தி தனது குழந்தை போல் தாங்கிக் கொள்வாள். அறையில் இங்கும் அங்கும் உலாவி தாலாட்டுவாள். இத்தகைய நிலை சில

மணி நேரங்களிலிருந்து பல நாட்கள் வரை நீடிக்கிறது. இறுதியில் சீரடைகிறது.

ஹிஸ்டீரியாவைச் சார்ந்த செவிட்டு ஊமைத்தனத்தில் நோயாளியால் கேட்கவும் முடியாது. பேசவும் முடியாது. இந்த நிலை பல மாதங்கள் நீடித்து, எஞ்சிய அடையாளங்கள் எதுவும் இன்றி சீரடைந்து, சில போது ஊமைத்தனம் திக்குதலாக மாறுகிறது.

செவிட்டு ஊமைத்தனம் மற்றும் சோர்வு கொண்ட ஹிஸ்டீரியா பிரதிவினைகள், ஆழ்துயில் மயக்க நிலையைப் போன்று இருக்கலாம். நோயாளியின் நிலையையும் மருத்துவ வரலாற்றையும் பொறுத்து நோய் நிர்ணயம் அமைகிறது. சான்றாக பெருமூளை நைவுகளில் தோன்றுவதைப் போன்ற சோர்வு ஹிஸ்டீரியாவில் காணப்பட்டால், நோயாளி கோள்விகளுக்குப் பதில் அளிப்பதில்லை. ஆனால் அதே போன்று பல்வகையான உணர்ச்சி வசப்பட்ட பிரதிவினைகளும், வலிச்சம் காட்டுதலும் காணப்படுகின்றன. நோயின் துவக்கம் மற்றும் காரணங்களைப் பற்றி கேள்வி கேட்டால், அவனது முகம் சிவக்கிறது, அல்லது வெளிறிவிடுகிறது. நாடித்துடிப்பு துரிதமடைகிறது. எழுத்து மூலம் அல்லது சமிக்சை மூலம் நோயாளியுடன் தொடர்பு கொள்ள முடிகிறது. சிறுநீர் மற்றும் இரத்த பரிசோதனைகள், நரம்பு மண்டலப் பரிசோதனைகள் மூலம், எந்த நோயும் இருப்பதாகத் தெரியவில்லை. ஆகவே மூளையில் எந்த வித நோயும் இல்லை எனத் தெரிகிறது.

செயலிழப்பு மற்றும் பலவீனம், குருட்டுத்தன்மை, வாந்தி, சிறுநீர் தேக்கம் போன்றவை ஹிஸ்டீரியா வியாதியில் காணப்படுகிறது.

ஹிஸ்டீரியாவால் தோன்றும் ஒரு கால் செயலிழப்பு, ஒரு கை அல்லது கால் செயலிழப்பு, அல்லது ஒரு பக்கவாதம் ஆகியவற்றில் தசை விறைப்பு சகஜமாக இருக்கிறது. நோய்க் குறியியல் சார்ந்த அனிச்சைகள் எதுவும் இல்லை. அங்குமிங்குமாக தொடு உணர்வு இழக்கப்படுகிறது, இது உணர்வு கடத்துவதுடனோ, நரம்புகள் பாதிப்பதுடனோ, இணைந்து இல்லை. நாண் அனிச்சைகள் சகஜமாக இருக்கின்றன.

ஹிஸ்டீரியா சார்ந்த அஸ்டேசியா அபேசியாவில் கால்கள் நல்ல பாதத்துடன் இருந்த போதிலும், நோயாளியால் எழுந்து நிற்கவோ, நடக்கவோ முடியவில்லை. ஒருங்கிணைந்த அசைவுகள் பாதிக்கப்படுவதில்லை. (கிரேக்க மொழியில் அஸ்டேசியா என்றால் அசையாத நிற்தல் என்றும், அபேசியா என்றால் நடக்க முடியாமை என்றும் பொருள். மொ-ர்).

ஹிஸ்டீரியா சார்ந்த குருட்டுத்தனத்தில் பார்வையைப் பரிசோதித்து பார்த்தால் எந்த விதமான நைவுகளும் காணப்படாது. நோயாளியால், தூரத்தில் இருந்து ஒரு பொருளைப் பார்க்க முடியாது. இரண்டு

விரல்களில் ஒன்றையும், மூன்று விரல்களில் [இரண்டையும் பார்க்க முடிகிறது. ஹிஸ்டீரியா நோயாளி, கொடுக்கப்பட்ட பொருளை உற்று நோக்குவதில்லை. அதை விட்டு வேறு எங்கோ பார்க்கிறான்.

ஹிஸ்டீரியா சார்ந்த வாந்தி மீண்டும் மீண்டும் தோன்றி, நோயாளியை பலவீனமடையச் செய்கிறது. உள்ளூறுப்பு வியாதி ஏதாவது இருக்குமோ எனத் தோன்றுகிறது. நோயாளியின் மன நிலையைப் பொறுத்து வாந்தியால் நிலைமை மோசமடைகிறது.

ஹிஸ்டீரியா நோயின் மருத்துவ வெளிப்பாடு பற்றி, டாக்டரின் உதவியாளரும், செவிலியரும் தெரிந்திருக்க வேண்டியது மிகவும் அவசியமாகும். ஏனெனில் இதன் மூலம் நோயின் துவக்கத்தைத் தெரிந்து டாக்டருக்கு அறிவித்தால், உடனடி சிகிச்சை செய்ய வசதியாக இருக்கும்.

அருவருக்கத்தக்க வகையில் உணர்ச்சி வசப்பட்ட பின்னர், அறிகுறிகள் திடீரென்று தோன்றுவதே ஹிஸ்டீரியாவின் சிறப்புத்தன்மையாகும். சூழ்நிலை சாதகமாக மாறியபின் அல்லது அறிவுறுத்தலின் மூலம் பலன் வாய்ந்த சிகிச்சை அளித்த பின்னர் அறிகுறிகள் மட்டுப்படுகின்றன. பணிகள் அனைத்தும் சீரடைகின்றன.

ஆவேசத்துடன் வெளியிடப்பட்ட உணர்ச்சிகளால் தோன்றியஸ்திரமில்லா உணர்ச்சி வசப்பட்ட தன்மை, ஹிஸ்டீரியாவின் தனித்தன்மையாகும். திடீரென்று முற்றிலும் மாறுபட்ட வகையில், உணர்ச்சி வசப்படுவதே இந்நோயின் அறிகுறியாகும். நோயாளி திடீரென்று சிரிக்கிறான். திடீரென்று அழுகிறான். மிகையான பாச உணர்வு திடீரென்று கோபமாக மாறுகிறது. நோயாளிகள் தங்களது நிலைகளை மிகைப்படுத்தியே கூறுகின்றனர். உறுதிப்படுத்த பொய்யான வார்த்தைகளை (உயிர் போகும் வலி, அளவுக்கு மிஞ்சிய வலி, உணர்ச்சியற்ற கவலை) உபயோகிக்கின்றனர். சுயநலம், மற்றும் தான் என்ற அகங்காரம், ஒவ்வொருவரும் தன்னையே கவனிக்க வேண்டும் என்ற ஆர்வம், பொய்கள் கூறும் தன்மை, சம்பவங்களை கற்பனை செய்வது, போன்றவையே ஹிஸ்டீரியாவின் தன்மையாகும் ஹிஸ்டீரியா நோயாளிகள், எளிதில் சச்சரவுகளை உண்டாக்குகின்றனர். அவர்களுடன் சேர்ந்திருப்பது முடியாத ஒன்றாகும்.

குழந்தைகளில் குறிப்பாக மன வளர்ச்சி குன்றிய நிலையில் ஹிஸ்டீரியாவின் அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன. வயது வந்தவர்களில் காணப்படுவது போன்றே இங்கும் அறிகுறிகள் பலவகைப்பட்டுக் காணப்படும். பேச்சின்மை, மற்றும் ஊமைத்தனம், திக்குதல், அஸ்டேசியா—அபேசியா, வலிப்புகள் ஆகியவை, பொதுவாகக் காணப்படுகின்றன. ஹிஸ்டீரியா கொண்ட பெண்நோயாளிகளில் இடைவிடா குமட்டல், மற்றும் கற்பனை செய்வது, பொய், அகங்காரம் ஆகியவை தோன்றுகின்றன. குழந்தைகளில் காணப்படும் ஹிஸ்டீரியா சாதகமான நிலையில் முடிகிறது. தினமுமான வரையறுக்கப்

பட்ட நெறிமுறை, குடும்பத்தில் கூட்டாக வளர்வது சமூகத்திற்குப் பயனளிக்கும் பணிகளில் ஈடுபடல் ஆகியவை, ஹிஸ்டீரியா நோயைச் சீரடையச் செய்வதில் உறுதுணை புரிகிறது. உள் மற்றும் புற நோயாளிப்பகுதிகளில் பணியாற்றும் செவிலியர்களும், டாக்டர் உதவியாளர்களும், ஹிஸ்டீரியா நோய் கொண்ட குழந்தைகள், நெறி முறைக் குட்பட்டு நடக்க வேண்டும் என வலியுறுத்த வேண்டும். கண்டிப்பான ஒழுங்குமுறைகளைக் பின்பற்ற வேண்டும். புரோமைடுகள் மற்றும் வலிரியன், டயசிபம் போன்ற அமைதியூட்டும் மருந்துகள் நல்ல பலன் அளிக்கின்றன.

ஹிஸ்டீரியா கோளாறுகளின் சிகிச்சையின் வெற்றி, அந்தச் செவிலியர்களின் திறமையைப் பொறுத்துள்ளது. ஹிஸ்டீரியா வலிப்புத் தாக்குதல் வரும்போது எந்தவிததயக்கம் இன்றி, அந்த அறையில் உள்ள மற்றவர்கள் அனைவரையும் உடனடியாக அகற்றி விட வேண்டும். ஹிஸ்டீரியாவின் மற்ற வெளிப்பாடுகளின் போது, ஒரு பொதுச் சுகாதார நியதி வகுக்கப்பட வேண்டும். நோயாளிக்கு ஏதாவது ஒரு பணியைக் கொடுக்க வேண்டும். அவனது மனநலத்தைப் பாதிக்காத வகையில் பணியாற்றவேண்டும். துயில் நிலைகளின் போதும் வாந்தியின் போதும், ஊசி மருந்தாக அமைனசினையோ (25—50 மி.கி. பல நாட்களுக்கு) அல்லது டைசிபாமையோ (தசை ஊசியாக 0.5% கரையம் 1.0 மி.லி.) கொடுக்க வேண்டும்.

பிரதிவினை உள நோய்

மனதிற்கு திடீரென்று ஏற்பட்ட ஒரு அதிர்ச்சியால் (உறவினரின் மரணம், ஆபத்து முதலியன) ஏற்படும் மனக் கோளாறுகளை பிரதிவினை உள நோய் என்கிறோம். உளஞ்சார்ந்த சோர்வு காணப்படும் தீவிர பிரதிவினை மனநோயும் பிரித்து அறியப்பட வேண்டும். எந்த சூழ்நிலையும் நோயாளி விறைத்த நிலையடைகிறான். முழுமையான விறைப்பு நிலை தவிர, தனித்தனியான இயக்க நடவடிக்கையும் காணப்படுகிறது. நோயாளி வினாக்களுக்கு விடை அளிக்காவிடினும் பயனுள்ள பணிகளை ஆற்றுகிறான். விழிப்பு நிலைப் பின்னணியில் இயக்கக் கிளர்த்தல் தோன்றுவது தீவிர உளஞ்சார்ந்த பிரதி வினையின் மற்றொரு வகையாகும்.

நீண்ட நாள் நீடிக்கும் பிரதிவினை உளநோய், மீண்டும் மீண்டும் தோன்றும் பாதகமான சூழ்நிலையில், உளஞ்சார்ந்த மனத்தளர்ச்சி உண்டாகிறது. நோயாளி மனத்தளர்ச்சியடைகிறான். தனது மனப்பாங்கிற்கு மற்றவர்களைச் சாடுகிறான். தனது கோபநிலையை இடைவிடாது விவரித்துக் கொண்டே இருக்கிறான். பதட்ட நிலையைத் தொடர்ந்து ஐயம் உண்டாகிறது.

கிறுக்குத்தன மனத்தளர்ச்சி உளநோயில் காணப்படும் உள்

ளார்ந்த மனத்தளர்ச்சியில் இருந்து பிரதிவினை உளநோய் மாறு பட்டு துரிதமாக சீரடைகிறது. உள நோய்க்குக் காரணமாக இருந் தவற்றை அகற்றி விடின் நோய் சரியாகிவிடுகிறது.

நீண்ட காலத்திற்கு சரி செய்யப்படாத சச்சரவுகளால், உளஞ் சார்ந்த பாரானாய்டு உண்டாகிறது. சிடுசிடுப்புத்தன்மையுடன் பிதற் றல் நிலை உருவாகிறது. தனது உரிமைகள் பாதிக்கப்படுவதாக நோயாளி கருதுகிறான். தனது தேவைகள் அனைத்தும் பூர்தி செய்யப் பட வேண்டும் என விரும்புகிறான். தனக்குக் கெடுதியை விரும்பும் அனைவரும் தண்டிக்கப்பட வேண்டும் என எல்லா வகையான நிறு வனங்களுக்கும் எழுதுகிறான். அவர்களுடைய எண்ணங்களில் இருந்து இத்தகைய நோயாளிகளை மாற்றுவது இயலாத ஒன்றாகும். அத னால் தான் இவர்களை உள நோயாளிகளாக அனுமதித்து மருந்து சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும்.

தீவிர பிரதிவினை கொண்ட நோயாளிகளை மனக்காப்பகங் களில் அனுமதித்து அமைனசினை 25—50மி.கி. அலகில் மாத்திரை யாகவோ, தசை ஊசியாகவோ அளிக்க வேண்டும். சாதாரணமான கேசுகளுக்கு அமைதியூட்டும் மருந்துகள் அளிக்கப்படுகின்றன: டை யசிபாம் 5—10 மி.கி., டிரையாக்சசின் 200—400 மி.கி. மாத்திரை யாக. மனவழி மருத்துவமும், உடற்பயிற்சி கொண்ட சிகிச்சையும் அளிக்கப்பட வேண்டும். நீடித்து வரும் பிரதிவினை நிலைகளில் (குறிப்பாக பாரானாய்டு நிலையில்) டிரிப்டசின் (5—20 மி.கி. தினமும்) அல்லது ஹாலோபெரிடால் (1.0.—1.5 மி.கி. அலகில் தினமும் ஒன்றிரண்டு வேளை) கொடுக்கப்படுகிறது. பிரதி வினை மனத்தளர்ச்சியின் போது இமிசைன் (தினமும் 50—100 மி.கி.) அல்லது டையசிபாம் (தினமும் 25—50மி.கி.) கொடுக்கப்பட வேண் டும்.

குழந்தைகளில் பிரதிவினை நிலையின் போது பயத்துடன் வெளி றிய நிலையும் மிகை வியர்ப்பும் தோன்றுகிறது. இது தவிர, இயக்கக் கிளர்த்தல் தோன்றி, ஒரு ''இயக்கப்புயலாக'' மாறி, நோயாளி எங்காவது ஓடி விட நினைக்கிறான். சிலபோது ஆபத்து உண்டாக் கும் வகையில் எதையாவது செய்கிறான். நிறை இளம் பருவத்தில் (10—12 வயதில்) ஒரு பயங்கரமான சூழ்நிலைகளைக் கண்டு, திக்குவாயர்களாக அல்லது ஊமைகளாக பிரதிவினை புரிகின்றனர். 13—14 வயதிற்குப் பின்னர் பிரதிவினை மனத்தளர்ச்சி தோன்றி உணவு உண்ண மறுக்கின்றனர். இதனால் அவர்களை மருத்துவம னையில் சேர்க்கப்பட வேண்டிய நிர்பந்தம் ஏற்படுகிறது.

சாதாரண மனத்தளர்ச்சிக்காக, புற நோயாளியாக சிகிச்சை பெறும் குழந்தைகள், செவிலியர்களாலும், மருத்துவ உதவியாளர் களாலும் நெருக்கமாக கண்காணிக்கப்பட வேண்டும். நோயாளிக ளுடன் சாதுர்யமாகவும், பொறுமையுடனும் பழக வேண்டும். வைட்

டமின்களும், வலிரியன் கொண்ட புரோமைடு மருந்துகளும் சிகிச்சையில் அடங்குகிறது. நீதி காலமாக பிரதிவினைகளில் இருக்கும் நோயாளிகளுக்கு மனத்தளர்ச்சி—எதிர் (இமிசைன்) மருந்துகளும், அமைதியூட்டும் (டையசிபாம்) மருந்துகளும் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

உளஞ்சார்ந்த நரம்பியல் துறையின் அமைப்பு

புற நோயாளிக்கான உளநோய் சிகிச்சை, உளஞ்சார்ந்த நரம்பியல் துறை மருந்தகத்தில் அளிக்கப்படுகிறது. (ஒட்டு மொத்தமான மருத்துவப் பரிசோதனை, தடுப்பு முறைகளை அறிவுறுத்துதல், காசநோய் மற்றும் மனவியாதிகள், சரும நோய்கள், பால் வினை நோய்கள் ஆகியவற்றிற்கு சிறப்பு சிகிச்சை அளித்தல்). முதலில் நோயாளிகள் மருத்துவரையோ, நரம்பியல் நிபுணரையோ அணுகுகின்றனர். அவர்கள் இத்தகைய நோயாளிகளை, மனநோய் மருந்தகத்திற்கு அனுப்புகின்றனர். உளஞ்சார்ந்த நரம்பியல் மருந்தகம், மாவட்ட அளவில் அமைந்துள்ளது. மாவட்ட டாக்டர், மற்றும் தலைமைச் செவிலியர், மாவட்ட நர்சு ஆகியோர் அந்தப் பகுதியில் உள்ள மனநோயாளிகள்அனைவரையும்தெரிந்திருக்க வேண்டும். நகரங்களிலும் கிராமங்களிலும் பணிபுரியும் மாவட்ட டாக்டர்கள், அந்த மாவட்டத்தில் உள்ள மக்களைச் சந்தித்து புதிதாக உண்டான மன நோயாளியை அல்லது ஏற்கெனவே சிகிச்சை அளிக்கப்பட்ட மன நோயாளியைத் தெரிந்து, மாவட்ட உளநோய் நிபுணரை அழைத்து, ஆவன செய்ய வேண்டும். மன நோய்களைத் தடுத்தல், உரிய சிகிச்சை அளிப்பதற்கு துவக்கத்தில் நிலைகளைத் தெரிந்து ஆவன செய்ய வேண்டியது அந்த மாவட்ட டாக்டர், உளநோய் நிபுணர்ஆகியோரின் கடமையாகும். டாக்டர்களின் உதவியாளர்கள், செவிலியர்கள் ஆகியோரின் பங்கும் எந்த வகையிலும் குறைந்ததல்ல. குறிப்பிட்ட மாவட்டத்தில் பணி புரியும் ஊழியர்களுக்கு இது பொருந்தும். ஏனெனில் தங்களது அன்றாடக் கடமைகளின் போது (டாக்டர்களின் பரிந்துரைப்புகளை சரிப்பார்த்தல், வீடுகளில் நோயாளிகளைச் சந்தித்தல்) நோயாளிகளின் குடும்பத்தினரை அடிக்கடி சந்தித்து அவர்களுடன் பல மணி நேரங்கள் பழகுகின்றனர். நோயாளியின் உறவினர்கள் தான் முதன் முதலில் அங்கே வருகைதந்துள்ள செவிலியருக்கு நோயின் துவக்க அறிகுறிகளை உணவை மறுப்பது, இரவில் படபடப்பு, மக்களைச் சந்திப்பதை தவிர்த்தல் தெரிவிக்கின்றனர்.

மேற்கூறிய அறிகுறிகளைப் பற்றி செவிலியர் உடனடியாக மாவட்ட டாக்டருக்குத் தெரிவிக்க வேண்டும். அவளது மேற்பார்

வையும், கவனிப்பும், மாவட்ட உளநோய் நிபுணருக்கு அவரது கடினமான பணியில், உதவுகிறது.

கிராமப் புற மக்களுக்கு தல உளநோய்—நரம்பியல் மருந்தகங்கள் மனநல மருத்துவமனைகள், உதவி செய்கின்றன. இவை மாவட்ட புறநோய் மருந்தகங்களுடன் இணைந்துள்ளன.

தொலை தூரப் பகுதிகளில் உள்ளவர்களுக்கு டாக்டரின் உதவியாளர்கள் மருத்துவ உதவி அளிக்கின்றனர். டாக்டரோ, டாக்டரின் உதவியாளர்களோ நோயாளியை பிராந்திய உளநோய் நரம்பியல் மருந்தகத்திற்கு அனுப்பி, ஒரு நிபுணரைக்கொண்டு பார்க்கச் செய்யலாம், அல்லது நோயின் அறிகுறிகள் தெளிவாக இருந்தால், மனநோய் மருத்துவமனைக்கே அனுப்பி வைக்கலாம். பிராந்திய மருந்தகங்களில் உளநோய் இயலாளர்கள் மாவட்ட மருந்தகங்களுக்கு அடிக்கடி வருகை தருவது அவசியமாகும். மன நோய் கொண்ட நோயாளிகளைப் பற்றி விவாதித்து ஒரு முடிவுக்கு வர வசதியாக இருக்கும். மருந்தகத்தில், அறிவுரை கேட்டு வரும் நோயாளிகளின் பட்டியல் உள்ளது. தீவிர நோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்கள் மற்றும் சமீபத்தில் மருத்துவ மனையில் இருந்து விடுபட்டவர்கள் ஆகியோரின் விபரங்களும் அங்கு காணப்படுகின்றன.

செவிலியர்களும் இத்தகைய புள்ளி விவரங்களைத் தெரிந்து வைத்திருப்பது நல்லது. மனக்கோளாறின் தரத்தையும், நோய் நிர்ணயத்தையும் பொறுத்து, நோயாளிகளைப் பிரித்து வைத்திருப்பர்.

மனநோயாளிக்கு மாவட்ட உள நோய் இயலாளர், சிறப்பு உதவி அளித்து அவனுக்கு புற நோயாளியாக சிகிச்சை அளிக்க வேண்டுமா, அவனை மருத்துவமனையில் சேர்க்க வேண்டுமா, என நிர்ணயம் செய்வார். மருந்தகங்களில் கீழ்க்கண்டவர்களுக்கு புற நோயாளிக்கான சிகிச்சை அளிக்கப்படும்: நாட்பட்ட நோயின் விளைவாக எஞ்சியுள்ள அறிகுறிகள் கொண்டவர்கள்; நரம்புத் தளர்ச்சி பிரதிவினை கொண்டவர்கள்; உள நோய் மருத்துவமனையில் சேர்க்க வேண்டாத முரட்டு நடவடிக்கை கொண்டவர்கள்.

கிராமப் புறங்களில், இத்தகைய நோயாளிகளைக் கண்காணிப்பது, உளநோய் இயலாளர் பரிந்துரைத்தவைகளைப் பின்பற்றுவது, தேவைப்படும்போது அவசர உதவி அளிப்பது, நோயாளியை மருத்துவமனைக்கு அனுப்புவது, போன்றவை அனைத்தும் அங்குள்ள டாக்டர் அல்லது செவிலியரின் கடமையாகும்.

பல்வேறு மனநோய்கள் கொண்ட நோயாளிகளுக்கு தொடர் சிகிச்சை அளிக்க வேண்டிய, மருந்தகச் செவிலியரின் பங்கு அளவிடற்கரியது. பாதிக்கப்பட்ட உளநோயின் போது பல்வேறு பக்க விளைவுகளை கொண்ட மருந்துகளை சிகிச்சையாக அளிக்க வேண்டி உள்ளது. இத்தகைய மருந்துகளை உள இதமருந்துகள் என்கிறோம்.

அவற்றில் நரம்பு அமைதியூட்டு மருந்துகள் (அமைனசின், லீவோபு ரோமசின், டிரப்டசின்), அமைதியூட்டு மருந்துகள் (மெப்ரடான், டிரையாக்சசின், குளோர்டயசிபாக்சைடு, டயசிபாம்), மனத்தளர்ச்சி எதிர் மருந்துகள் (எமிசைன், டிரிப்டிசால்), ஆகியவை அடங்கும். அவை 5.0 மி.கி. (டயசியாம்) 10மி.கி. (குளேடயசிபாக்சைடு) 25மி.கி., 50மி.கி. 100மி.கி. அலகில் கிடைக்கின்றன. நரம்பமை தியூட்டு மருந்துகள் 1.0.—5.0.மி.கி. அலகில் கிடைக்கின்றன. மனத் தளர்ச்சி எதிர் மருந்துகள் 10மி.கி. (அமிடிரிப்டிலின்) 25மி.கி. (இமிசைன்) அலகில் தரப்படுகின்றன. 1.0.—2.0.மி.லி. அலகில் ஊசி மருந்தாக 2.5% கரையத்தில் அமைனசின் வழங்கப்படுகிறது.

முழுமையாகவோ, அல்லது ஓரளவாகவோ உள இயக்க விளைவு களைச் சீர் செய்யும் மருந்துகளாக அமைனசின் மற்றும் லீவோபு ரோமசின், டிரிப்டசின், ஹாலோபிரிடால் ஆகியவை பயன்படுத்தப் படுகின்றன. பதட்ட நிலை மற்றும் அச்சம், நரம்பு சார்ந்த மனத் தளர்ச்சி ஆகியவற்றின் போது அமைதியூட்டு மருந்துகள் பயன்படு கின்றன.

எந்த வகையில் தரப்பட்டாலும் நரம்பமைதியூட்டு மருந்து களுக்கு பக்க விளைவுகள் உண்டு. செவிலியர்களும், மருத்துவ உதவி யாளர்களும் இந்தப் பக்க விளைவுகளைப் பற்றி தெரிந்திருக்க வேண்டும். அப்போது தான் அவற்றைத் தவிர்க்கவோ அல்லது ஏற்கெனவே தோன்றிவிடில் சிகிச்சையளிக்கவோ அவர்களால் முடி யும். அமைதியூட்டு மருந்துகள் அளிக்கப்பட்டதுவக்கத்தில் நிலை குலைவு (இரத்த அழுத்தம் மிகையாகக்குறைவது) எற்படலாம்.

மேற்கூறிய நிலை குலைவின் போது நோயாளி வெளிறிவிடுகி றான். குளிர்ந்த பசை போன்ற வியர்வை கொட்டுகிறது. நினை விழக்கிறான். நாடித்துடிப்பு பலவீனம் அடைகிறது. அவனை மல் லார்ந்து, தலைக்கு அடியில் மெத்தை இல்லாமல், படுக்க வைத்து கால்கள் சிறிது உயரமான மட்டத்தில் இருக்க வேண்டும். ஊசி மருந் தாக 10% காபீன் கரையம் (சரும அடி ஊசியாக) கொடுக்கப்பட வேண்டும். காபீன் பவுடரை 0.1—0.2கிராம் அலகில் கொடுக்க லாம். உடனடியாக டாக்டருக்குத் தெரிவிக்க வேண்டும். மற்ற பக்க விளைவுகளாவன: உலர்ந்த வாய் மற்றும் மூக்கு மேற் தொண் டை, மிகையான தூக்கம், சிரமமூச்சு, மிகையான தசை அசைவுகள், முகம் மற்றும் கழுத்து கால்கள் ஆகியவற்றின் தசைகளின் துடிப்பு. (இதன் போது இனியும் சிகிச்சையைத் தொடர வேண்டுமா என டாக்டரிடம் கேட்டு செவிலியர் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும்).

நீண்ட கால சிகிச்சையின் போது கீழ்க்கண்ட பக்க விளைவுகள் உண்டாகின்றன: உடல் எடை அதிகரிப்பு, மிகையான பசி, மலச்சிக் கல், காமாலை, வெள்ளணுக்களின் குறைவு அல்லது பெருக்கம், சிவப்பு அணுக்கள் அதாவது ஹீமோகுளோபின் குறைவு. மிகையான

இ.எஸ்.ஆர். (இ என்பது எரத்தோசைட்டையும், எஸ் என்பது தேங்குவதையும், ஆர் என்பது விகிதத்தையும் குறிக்கிறது. மொ-ர்.) இந்த மருந்துகள் பெரும் அலகில் கொடுக்கப்பட்டால் பார்கின் சனிசம் போன்ற வியாதி தோன்றுகிறது. இதில் இயக்க விறைப்புத் தன்மை, முகபாவம் எதுவும் இல்லாத நிலை, மிகையான உமிழ்நீர் சுரப்பு, விரல்களின் நடுக்கங்கள், ஆகியவைகாணப்படுகின்றன.

அமைனசின் அல்லது டிரிப்டசின், ஹாலோபெரிடால், தையோ புரோபெரசின் ஆகிய மருந்துகள் நீண்ட நாட்களுக்குக் கொடுக்கப் பட்டால் அமைதிப்படுத்தும் விளைவுக்குப் பதிலாக இயக்கக் கிளர் தலும் பதட்ட நிலையும் தோன்றுகின்றன. இந்த நிலை தோன் றினால் மருந்தின் அலகைக் குறைத்திட வேண்டும் அல்லது சிகிச் சையை நிறுத்தி விட வேண்டும்.

செவிலியர்களுக்குரிய பதிவேட்டில், நரம்பமைதி மருந்துகள் கொடுக்கப்படும்போது ஏற்படும் சிக்கல்களை குறித்துக் கொள்ள வேண்டும். எந்த விதகாலதாமதம் இன்றி டாக்டர்களுக்கு தெரி விக்க வேண்டும். டாக்டர்கள் மட்டுமின்றி செவிலியர்களும் டாக் டர்களின் உதவியாளர்களும் சிகிச்சை பெற்றுவரும் நோயாளியை, கவனத்துடன் கண்காணிக்க வேண்டும். நோயாளியின் மன உடல் நிலை இரண்டையும் கணக்கில் கொள்ள வேண்டியது அவசியமாகும்.

புற நோயாளியாக சிகிச்சை பெறுவதன் மூலம் நீண்டகால உடல் நலமும், தன்னால் இயன்ற பணிகளைச் செய்யும் திறனும் நோயாளி களுக்கு உண்டாகிறது. இடைவிடாது வீட்டில் அளிக்கப்படும் சிகிச் சை, நோய் முற்றுவதைத் தடை செய்வதுடன் மருந்தின் அலகைக் கூட்டி, நோய் நிலை மோசமாவதையும் தவிர்க்கலாம். மருத்துவப் பணிகளைச் சரியாக திட்டமிடுவதால், சிகிச்சையின் தரம் உறுதி செய்யப்படுகிறது. இதில் செவிலியரின் பங்கு, மிகவும் முக்கியமா னது. கிராமப் பகுதிகளில் வசிக்கும் நோயாளிகளுக்கு டாக்டரின் அறிவுரைப்படி பயிற்சி பெற்ற மருத்துவ உதவியாளரோ அல்லது செவிலியரோ தொடர்சிகிச்சை அளிக்க முடியும். அவசர மனவியா திகளின் போது நரம்பமைதியூட்டும் மருந்துகள் மிகவும் அவசிய மாகிறது. இயற்கையான விபத்துக்களின் போது அல்லது பெருமள விலான ஆபத்துக்களின் போது தோன்றும் மனவியாதிக்கு மேற்கூ றிய மருந்துகள் மிகவும் அவசியமாகும்.

மனநரம்பியல் சார்ந்த மருந்தகங்களின் முக்கிய பணி என்னவென் றால் நோயாளிகளை வீடுகளுக்குச்சென்று பார்த்து அவர்களைப் பாதுகாப்பதுதான். இந்தப் பணியில் வீட்டுக்கு வருகை தந்து ஆய்வு செய்யும் செவிலியர்களின் பங்கு மிகவும் முக்கியமாகும்.

மருந்தகத்தின் மற்றுமொரு முக்கியமான பணி என்னவெனில் சிறப்பு மருத்துவ நிபுணர்களில் சேவையாகும். மன நோயாளிகளின் வேலை செய்யும் அளவையும், ராணுவ சேவைக்கான அவர்களின்

தகுதி பற்றியும், பல்வேறு சூழ்நிலைகளில் நிலையாக இருக்க வேண்டிய அவர்களின் மனநிலை பற்றியும் முடிவு எடுப்பது உளநோய் இயலாளர்களின் பணியாகும். நகரப்புற மருந்தகங்களில் மன நோயாளிகளுக்கான சிகிச்சையும், அவர்களுக்கெனவே வேலைகளும் அளிக்கப்படுகின்றன. அவர்களை மருத்துவ மனைகளில் அனுமதிக்க வேண்டியதில்லை என்ற போதிலும், அவர்களால் தங்களது முந்தைய பணிகளுக்கு, (எஞ்சியுள்ள மனக் கோளாறு காரணமாக) போக இயலவில்லை. மேற்கூறிய திட்டத்தின் கீழ் அவர்கள் புதிய தொழில்முறைகளைக் கற்றுக் கொள்கின்றனர். அவர்கள் உடல் நலம் சீரடையும் போது, சில தொழில் நுணுக்கங்களில் சிறந்து விளங்குகிறார்கள். இதனால், அவர்கள் பல்வேறு தொழிற்சாலைகளில் வேலைக்கு அமரமுடிகிறது. எனினும் இவர்கள் டாக்டர்கள் மற்றும் செவிலியர்களின் கண்காணிப்பில் பணியாற்றுகிறார்கள். மனநோயுள்ள ஒருவனைப் பராமரிப்பதில் புற நோயாளிப்பகுதி சிகிச்சையும் உள நோயாளி சிகிச்சையும் இன்றியமையாதது.

போதுமான சாதக சாத்தியக் கூறுகள் இருக்கும்போது, மன நலக் காப்பகத்திற்கு அந்த நோயாளியை டாக்டர் அனுப்புகிறார். இத்துடன் அனுப்பப்படும் குறிப்பில் நோய் வரலாறு மற்றும் நோயாளியின் அறிகுறிகள், கொடுக்கப்பட்ட கிசிச்சை ஆகிய விபரங்கள் காணப்படும். மருத்துவ மனையில் இருந்து விடுபட்டவுடன் மாவட்ட மனநோய் மருத்துவர் அவர்களின் பெயர்களை பதிவேட்டில் பதிவு செய்து பூரண குணமடையும் வரை, தனது கண்காணிப்பில் வைத்திருக்கிறார்.

சோவியத் யூனியனில் புரட்சியைத் தொடர்ந்த முதலாண்டில் உளநரம்பு சேவை துவக்கப்பட்டு, தற்போது பலவகை நிறுவனங்கள் நிறுவப்பட்டு குழந்தைகள், அவரவர்களின் நோயின் தன்மையைப் பொறுத்து அனுமதிக்கப்படுகின்றனர். சாதாரண மனத்தளர்ச்சியுடன் கூடிய குழந்தைகள், சிறப்பு மருத்துவமனைகளுக்கும் சானடோரியங்களுக்கும் அனுப்பப்பட்டு, உடல் நலத்தை ஊக்குவிக்கும் முறைகள் அளிக்கப்படுகின்றன. தீவிர மற்றும் அதிதீவிர மன நோயாளிகள், உள நரம்பு மருத்துவ மனைகளுக்கு அனுப்பப்படுகின்றனர். மருத்துவ மனையில் இருந்து விடுபட்டவுடன், புற நோயாளி மருத்துவப் பகுதியின் கண்காணிப்பில் விடப்படுகின்றனர். மனோ வளர்ச்சி பெரிதும் குன்றிய (பிறவி, பரம்பரை, பெறப்பட்டது) குழந்தைகள் உன்னிப்பாக கண்காணிக்கப்படுகின்றனர். சமூகப் பாதுகாப்புத் திட்டத்தின் கீழ் உள்ள நிறுவனங்களின் கடமைகளில் இதுவும் ஒன்றாகும்.

சிகிச்சை முடிந்தவுடன் மனநோய் மருத்துவமனை அதிகாரிகள் மாவட்ட மருந்தகத்திற்கு! நோயாளியின் நோய் நிலை, சிகிச்சை ஆகியவை பற்றிய குறிப்பு ஒன்றை அனுப்புகின்றனர்.

ஒரு மனநல மருத்துவ மனையில் கீழ்க்கண்ட பிரிவுகள் காணப் படுகின்றன.

1. **வரவேற்பு அறை.** மருத்துவ மனையில் சேர இருக்கும் எல்லா நோயாளிகளுக்கும் இது அவசியம். இந்த அறை வசதியாகவும் சுத்த மாகவும் அமைதியாகவும் இருக்க வேண்டும். ஒரு குளியலுக்குப் பிறகு நோயாளி தனக்கென ஒதுக்கப்பட்ட பிரிவுக்குச் செல்கிறான். அவ னுக்குத் துணையாக ஒரு செவிலியரோ, மருத்துவ உதவியாளரோ இருக்க வேண்டும்.

சில வரவேற்பு அறைகளில் இரண்டு பகுதிகள் உள்ளன. ஒரு பகுதியில் அமைதியான நோயாளிகள் கவனிக்கப்படுகின்றனர். மற்ற பகுதிகளில் கிளர்த்த நிலையில் உள்ள நோயாளிகள் கவனிக்கப்படு கின்றனர். முதல் தடவையாக நோயுற்ற அனைவரும் இங்கு அனும திக்கப் படுகின்றனர். அவர்களைப் பற்றிய முழுவிபரங்கள் தெரியா ததால், அவர்கள் திடீரென்று ஏதாவது செய்து விடலாம் என்பதால் அவர்களைக் கடுமையாகக் கண்காணிக்க வேண்டும். கம்பளங்கள், இசைக்கருவிகள், சித்திரங்கள் போன்றவை அந்த அறையில் இருக்க வேண்டும். வீடு போன்று வசதியாக இருப்பதால் நோயாளியின் மனநிலைக்கு எந்த இடையூறும் ஏற்படாது.

2. **பதட்டநிலையில் உள்ள நோயாளிகளுக்கென** தனிப் பிரிவுகள் இருக்க வேண்டும். இவர்களுக்கு சிறப்பான கவனிப்பு தேவைப்படு கிறது. இவர்களுக்கு முரட்டு சுபாவமோ, பிதற்றல் நிலையோ இருக் கும். ஆதலால் இவர்களைத் தனியாகக் கண்காணிக்க வேண்டும். இந்தப் பிரிவிற்கென சில சிறப்புத் தன்மைகள் உள்ளன. கூர்மை யான முனைகள் கொண்ட, கழட்டக் கூடிய ஸ்பிரிங்குகள், இரும்புக் கம்பிகள், ஆகியவை இந்த அறையில் இருக்கக் கூடாது. கொக்கிகள் மற்றும் ஆணிகள், துணி வைக்க அடுக்கு நிலைகள், பள்ளங்கள், முகடுகள் ஆகியவை எதுவும் இன்றி சுவர்கள் பளபளவென்று இருக்க வேண்டும். உணவு தாலங்கள் அனைத்தும் மெல்லியதாகவும், உடை படக் கூடாததாகவும் அலுமினியத்தால் ஆனதாக இருக்க வேண்டும். உணவு மேசையின் ஒருகட்டு, ஒரு கோப்பை, ஒருகரண்டி ஆகியவை மட்டுமே இருக்க வேண்டும். முள்ளோ, கத்தியோ கொடுக்கப்படக் கூடாது, இந்தப் பிரிவில், கனமான கூர்மையான வெட்டும் தன்மை யுடைய எந்தக் கருவிகளும் இருக்கக் கூடாது. எனெனில் இவற்றால் நோயாளி, தனக்கோ, மற்றவர்களுக்கோ ஆபத்து விளைவிக்கலாம்.

3. அடிக்கடி கண்காணிக்கப்பட அவசியமில்லாத **அமைதியான நோயாளிகளுக்கென** தனிப் பிரிவு இருக்க வேண்டும். பல்வேறு வகை யான நரம்புத் தளர்ச்சிகள் மற்றும் பிரதிவினை நிலைகள், இரத்த நாளம் சார்ந்த மன நோய்கள், உடற்காயத்தின் விளைவாலான உளநோய், அபூர்வமாக காக்காவலிப்பு தாக்குதல்கள் போன்றவை இந்த வகையில் அடங்கும்.

மேற்கூறிய பிரிவுகளைத் தவிர பெரும்பாலான மனநோய் மருத்துவ மனைகளில் கீழ்க்கண்ட துறைகளும் காணப்படுகின்றன. உடல் உள்ளுறுப்பு வியாதிகளால் பாதிக்கப்பட்ட மனநோயாளிக்கென ஒரு துறை பகல் முழுவதும் தங்களது நேரத்தைக் கழிக்கும் வகையில் அமைந்துள்ள பகல்துறை, குழந்தைகளுக்கான துறைகள். நாட்பட்ட வியாதி கொண்ட நோயாளிகள், நகர்ப்புற மருத்துவ மனைகளுக்கு அப்பால் வைக்கப்படுகின்றனர். அவர்களுக்கு தொழில் வழி சிகிச்சை (வேளாண்மைத்துறைசார்ந்த) அளிக்கப்படுகிறது.

உளநோய் மருந்தகங்களில் கீழ்க்கண்டவை அமைக்கப்படவேண்டும்: வியாதி நிர்ணய ஆய்வகம், உயிர் இயைபியல், மற்றும் மின்னூட்ட உடல் இயங்கியல், உள இயல் சார்ந்த அனைத்து பரிசோதனைகள், ஒரு எக்ஸ்கதிர் துறை, இயன் முறை சிகிச்சைப் பகுதி, பிணக்கூற்று ஆய்வுப்பகுதி. சட்டம் சார்ந்த மருத்துவப் பரிசோதனை சிறப்புப் பகுதிகளில், செய்யப்பட வேண்டும்.

மிகை மது மற்றும் மருந்தடிமை நிலையால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு புற நோயாளியாக சிகிச்சை அளிக்கலாம், அல்லது மனநல காப்பகங்களுக்கு அனுப்பலாம்.

உளநோயாளிகளுக்கான பாதுகாப்பும் சிகிச்சையும்

வரவேற்பறையில் நுழைந்த உடனே, நோயாளியை உளநோய் வல்லுநர் மற்றும் செவிலியர், உதவியாளர் ஆகியோர் சந்தித்தவுடன், சிகிச்சை துவங்குகிறது. வரவேற்பு பகுதியில் உள்ளவர்களின் பணி, திறமையானதாகவும் ஒருங்கிணைந்ததாகவும் இருக்க வேண்டும். ஏனெனில் பல்வேறு மன நோய்களால் பாதிக்கப்பட்டவர்களை அவர்கள் கவனிக்க வேண்டியுள்ளது. சிகிச்சை பெற விரும்புபவர்கள் உள நோய் மருத்துவரின் அறிவுறைப்படி அமைதியான நோயாளிகள் தங்கும் பகுதிகளில் வைக்கப்படுகின்றனர். சில நோயாளிகள் உறவினர் உதவியுடன் வரவேற்பு அறைக்கு வருகின்றனர். மிக அவசரமான கேசுகள் ஆம்புலன்ஸ் வண்டியில் கொண்டுவரப்படுகின்றனர். மிகப் பெரிய நகரங்களில் கிளர்த்தலடைந்த நோயாளிகள், அவர்களுக்கென அமைக்கப்பட்ட ஆம்புலன்ஸ் வண்டிகளில், மருத்துவ மனைக்கு வருகின்றனர். மருத்துவ மனையில் அவர்களுக்குரிய பகுதிகளில் வைக்கப்படுகின்றனர்.

நோயாளியை அணுகும் முறையிலும் அவர்களுடன் தேவையான தொடர்பை உண்டாக்குவதிலும், சிகிச்சையும் பராமரிப்பும் அடங்குகிறது. செவிலியர்கள் மற்றும் உதவியாளர்கள் ஆகியோருக்கு போதிய சுய கட்டுப்பாடு மற்றும் சாதுரியம், பொறுமை, இரக்கத் தன்மை, ஆகியவை இல்லை எனில் நோயாளியுடன் தொடர்பு ஏற்படுத்த முடியாது. தட்ப வெப்ப நிலையைக் குறிப்பது, டாக்டரால் நோயாளியின் உள்ளுறுப்புக்கள் பரிசோதிக்கப்படுவது, நோயாளி

யின் உடலைப் பரிசோதிப்பது அனைத்துமே அவசியமாகும். உள இயக்கக் கிளர்த்தல் கொண்ட நோயாளியின் மீது சிராய்ப்புக்கள், ஊமைக் காயங்கள், எலும்பு முறிவுகள் காணப்படலாம். காணப் பட்ட அனைத்துக் காயங்களும், குறித்துக் கொள்ளப்படுகின்றன. நோயாளி தன்னுடன் கொணர்ந்த உடைகள் உள்ளிட்ட எல்லாப் பொருட்களையும் பரிசோதிப்பது செவிலியர்கள், அவர்களது உத வியாளர்களின், கடமை ஆகும். இந்த உடைகள் அகற்றப்பட்டு உள்ளாடை, மற்றும் பைஜாமா, உடல் அங்கி ஆகியவை கொடுக் கப்படுகின்றன.

நோயாளி தனது துறைக்குப் போகும் போது தன்னுடன் தனக் கோ, தன்னைச் சுற்றியுள்ளவர்களுக்கோ, காயம் உண்டாக்கத்தக்க பொருட்களை எடுத்துச் செல்லக் கூடாது என்பதை கண்காணிக்க வேண்டியது, வரவேற்பு துறை அலுவலர்களின் கடமையாகும். மருந் தடிமைகளைப் பொறுத்த மட்டில் மயக்க மருந்துகளை பதுக்கி வைக்கும் இடங்களான அவனது வாய், மற்றும் தலைமுடி, காதுகள் ஆகியவற்றைப் பரிசோதிக்க வேண்டும்.

டாக்டரின் பரிந்துரைகளை திறமையாகச் செய்து முடிப்பதோ, செவிலியர்கள் மற்றும் அவரது உதவியாளர் ஆகியோரின் பணிகளில் முதன்மையானதாகும். டாக்டரின் அனுமதியின்றி எந்த மருந்தையும் நோயாளிக்குக் கொடுக்கக் கூடாது. மற்ற வார்டுக்கோ படுக்கைக் கோ மாற்றக் கூடாது. வெளியில் சென்று நடந்து வரவும் அனுமதிக் கக் கூடாது. இதனால் செவிலியர் சுயமாகச்செயல்படக் கூடாதென் றோ, நோயாளியின் நிலைமை பற்றி தனது கருத்துக்களைத் தெரி விக்கக் கூடாதென்றோ பொருளல்ல. அதற்கு மாறாக, நோயாளி யினுடனேயே பெரும்பாலான நேரம் இருப்பதால், அவனது நடத் தையையும் மனப்பாங்கையும் அறிகுறிகளையும் கவனித்து, நிலையில் மாற்றம் இருந்தால், டாக்டருக்கு உடனுடன் தெரிவிக்க வேண்டும்.

உளநோய் இயல் பற்றிய அடிப்படை அறிவு இல்லையெனில் மனநோயாளியைப் பராமரிப்பது மிகவும் கடினமாகும். உளநோய் மருத்துவமனையின் அலுவலர்கள் அகங்காரத்துடனும், தற்பெரு மையுடனும் இருந்தால், நோயாளிகள் பெரிதும் பாதிக்கப் படுவது டன் நோயாளியின் முரட்டுத்தனமான நடவடிக்கைக்குக் காரண மாகவும் அமையலாம்.

சான்றாக, கீழே விவரிக்கப்படும் சம்பவம், உளநோய் மருத்து வமனைகளில் ஒன்றில் நடைபெற்றது: உள நோய் இயலில் தான் மிகவும் கெட்டிக்காரி என்று கருதிய ஒரு செவிலியர், டாக்டரின் அனுமதி இல்லாமலேயே ஒரு பெண் நோயாளியை தோட்டத்தில் உலாவ அனுமதித்தாள், இந்த நோயாளி நல்ல நடத்தை உள்ளவள், கேட்ட கேள்விகளுக்கெல்லாம் விடையளித்தாள். வரையறுக்கப்பட்ட நியதியைப் பின்பற்றினாள், தவறான கருத்துக்களோ உணர்ச்சி

வயப்பட்ட நிலையோ இருப்பதை மறுத்தாள். அதாவது அவள் வேண்டுமென்றே தனது உணர்ச்சிகளை மறைத்தாள். உலாவும் போது வேறு யாரும் தன்னைக் கண்காணிக்கவில்லை என்றுதெரிந்ததும், அவள் ஓடிச்சென்று விரைந்து வரும் ஒரு ரயிலின் முன்னால் விழுந்து தன் உயிரை மாய்த்துக் கொண்டாள்.

ஆகவே உளநோய் மருத்துவமனையில் பணி புரியும் செவிலியர்களுக்கு உளநோய் இயலின் அடிப்படைக் கோட்பாடுகள், கட்டாயமாக தெரிய வேண்டும். கடுமையான ஒழுக்கத்தைப் பின்பற்ற வேண்டும். நோயாளியின் நடத்தையைக் கண்காணிக்க வேண்டும். இறுப்புடன் இருக்கக் கூடாது.

உளம் மற்றும் நரம்பு நோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுடன் தொடர்பு எற்படுத்திக் கொள்ள வேண்டிய திறன், அங்கு பணி புரிபவர்களுக்கு கட்டாயமாக வேண்டும். செவிலியர்களும் அவர்களின் உதவியாளர்களும் ஒரே சீரானமனப்பான்மையுடன், மனிதாபிமானத்துடன் திறமையாக அதேபோது கண்டிப்பாகவும் இருக்க வேண்டும். அனைத்து நோயாளிகளையும் ஒரே மாதிரி பாவிக்க வேண்டும். நோயாளியின் மனப் பாங்கு அருவருக்கத்தக்க நிலையில் இருந்தால் அதற்காக அவர்கள் மீது வெறுப்படையக் கூடாது. வெறுப்பு, மற்றும் பகைமை, முரட்டுத்தனம் ஆகியவை காணப்பட்டால், அது நோயின் தன்மை எனத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். நோயாளியின்தவறல்ல. இதனால் மருத்துவமனை ஊழியர்கள் பகைமை மனப்பான்மை கொள்ளக்கூடாது. உரத்தகுரலில் கூடப் பேசக் கூடாது. நோயாளியைப் பயமுறுத்தவோ, சத்தம் போடுவதோ கூடாது. அந்தத்துறை முழுவதும் கவனிக்கும் வகையில் உரத்த குரலில் உரையாடல் தவிர்க்கப்பட வேண்டும். நோயளிகள், ஊழியர்கள் ஆகியோருக்கிடையே சண்டைசச்சரவு இருக்கக் கூடாது. இதனால் நோயாளியின் சிடுசிடுப்பு அதிகமாகி இயக்கக் கிளர்தலும் உண்டாகலாம். மேலும், மருத்துவமனையின் தரம் குறைந்து விடுகிறது. கடாடோனியா அறிகுறிகள் கொண்ட நோயாளி, துயில் நிலையில் இருந்து அசட்டையாக இருந்தால் கூட, தன்னைச் சுற்றி நடப்பதை நன்கு கவனிக்கிறான். மேலும் நன்கு நினைவில் கொள்கிறான். ஆகவே கவனக் குறைவாக அத்தகைய நோயாளிகளைப் பற்றிக் கூறப்படுகின்றவற்றை ('அவனை மருத்துவமனைக்கு அனுப்பி விட வேண்டும்' அல்லது 'அவனது வியாதி நாட்பட்ட ஒன்றாகும்') நீண்ட நாட்களுக்கு நன்கு நினைவிலிறுத்திக் கொள்கிறான். கடாடோனியா நிலையில் இருந்து மீண்டவுடன் ஆச்சரியப் படும் வகையில் மருத்துவமனை உதவியாளர்களின் நடத்தையைப் பற்றி நன்கு விவரிக்கிறான்.

செவிலியர் அல்லது உதவியாளர், நோயாளியுடன் எளிதில் தொடர்பு ஏற்படுத்திக்கொள்ளலாம். ஆனால் அது டாக்டருக்கு சிரமமான ஒன்று. செவிலியர்களுடனும் உதவியாளர்களுடனும்

நோயாளி நெருக்கமாகப் பழங்குவதால், அவர்களிடம் தொடர்பு அதிகமாகிறது. அவர்களுக்கு நல்வாழ்த்துக்கள் கூறுகிறான். அபூர்வ மாக தனது ஆழ்ந்த சிந்தனையின் போதும், வெறித்தனமான உணர் வுகளுடனும், அவர்களை இணைத்துக் கொள்கிறான். டாக்டரிடம் பகிர்ந்து கொள்ளமுடியாத தனது உணர்ச்சிகளை, உதவியாளர் களிடம் கூறி நோயாளி ஆறுதல் பெறுகிறான். அவன் அவர்களது அறிவுரைகளைக் கோருகிறான. ஒரு குறிப்பிட்ட செவிலியரிடமிருந் தோ, உதவியாளர்களிடமிருந்தோ தான், உணவைப் பெற்றுக் கொள்கிறான். நம்மீது நோயாளி வைத்திருக்கும் நம்பிக்கையைப் போற்றிப் பேண வேண்டும். மறைந்து கிடக்கும் உணர்ச்சிகளை டாக்டரிடம் கூறுவது நன்மைபயக்கும்.

எக்காரணம் கொண்டும் நோயாளியிடம் பொய் சொல்லக்கூடாது. நோயின் இறுதி முடிவு மற்றும் சீரடைவதற்கான வாய்ப்பு, மருத்து வமனையில் இருந்து விடுபடும் காலம், சிகிச்சை முறைகள், நோயாளி யின் மீது சிகிச்சை முறைகளின் விளைவுகள், ஆகியவை பற்றி எதை யும் நோயாளியிடம் தெரிவிக்காமல் இருந்தால் கிளர்த்தலைத் தவிர்க்க முடியும். கொடுத்த வாக்குறுதியைக் காப்பாற்றாதது அல் லது ஏமாற்றுதல் ஆகியவை உதவியாளர்களின் பெயரைக் கெடுப் பதோடல்லாமல் சந்தேகத்தையும், சிடுசிடுப்பையும் நோயாளியின் பிதற்ற மனப்பாங்கையும் ஊக்குவிக்கிறது. நோயாளி கேட்கும் ஒரு கேள்விக்கு செவிலியரோ உதவியாளரோ பதிலளிக்க முடியா விடில் டாக்டரை அணுகுவது நலம்.

நோயாளிகளின் அனைத்து வேண்டுகோள்களையும் ஏற்றுக் கொள்ள வேண்டும் என்பதில்லை. ஏனெனில் மிகச் சிறிய தீங்கற்ற வேண்டுகோள் கூட (சீவிய பென்சிலையோ அல்லது ஒரு கடிதம் எழுத பேனாவையோ கேட்பது) தன்னையோ அல்லது மற்றவரை யோ தாக்குவதற்காக இருக்கலாம். இந்தத் துறையின் நியதிகளுக்கு விரோதமாக இல்லாதிருக்கும் எந்த வேண்டுகோளையும் (ஒரு புத்த கம் கேட்டு வேண்டுகோள்) உடனடியாக நிறைவேற்ற வேண்டும்.

குற்ற உணர்வு உள்ள, பயத்தால் பாதிக்கப்பட்ட மனத் தளர்ச்சி நிலையில் உள்ள நோயாளிகளிடம் செவிலியர்கள் மிகவும் கவனத்து டன் பழக வேண்டும். இத்தகைய நோயாளிகள், இயக்கக் கிளர்த்த லால் பாதிக்கப்படுகின்றனர். செவிலியர்களுடன் சளசளவென்று பேசிக் கொண்டே இருக்கின்றனர். தாங்கள் செய்த குற்றத்திற்கு கடும் தண்டனை கிடைக்க வேண்டும் என்று செவிலியர்களிடம் கெஞ்சிக் கேட்பர். அறிவுரை வழங்குதல் மற்றும் இணங்கச் செய் தல், எச்சரிக்கை செய்தல், தற்போதய முறையை மாற்றிக் கூறி விண்ணப்பித்தல் ஆகிய அனைத்தும் தோல்வி அடைகின்றன. நோயா ளியின் கவனத்தைத் திசை திருப்புதல், வேறு ஏதாவது பணியில் அமர்த்துதல் பலனளிக்கும்.

மனத்தளர்ச்சி மற்றும் இயக்க அடங்கல், துக்கத்தால் துன்புறுத்துப்படுதல், ஆகியவற்றால் பாதிக்கப்பட்ட நோயாளிகளுக்கு எழுந்து தயாராகவோ, படுக்கையை சரிப்படுத்தவோ, தலையை வாரிச் சீவிக் கொள்ளவோ, சாப்பிடுவதற்கோ, விருப்பம் இருப்பதில்லை. மற்றவர்களின் உதவியை எப்போதும் அவர்கள் நாடுகின்றனர். இத்தகைய நோயாளிகள் தற்கொலை செய்து கொள்ளும் மனப்பான்மை கொண்டுள்ளனர். ஆகவே இவர்களை இரவு பகலாகக் கண்காணிக்க வேண்டும். மனத்தளர்ச்சியுள்ள நோயாளிகள் தங்களது பதட்ட நிலையை மறைக்க முயற்சிக்கின்றனர் என்பதைக் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும். அதனால் தான், சிகிச்சையில் ஏதாவது மாற்றம் செய்ய வேண்டி இருந்தால், டாக்டரின் அனுமதியுடனே செய்யப்பட வேண்டும். செவிலியர் நோயாளியின் உடல் நிலையில் நல்ல மாற்றம் உள்ளது எனக் கூறினாலும், டாக்டரின் அனுமதியுடனேயே சிகிச்சையில் மாற்றம் செய்யப்பட வேண்டும். நன்னடத்தையுடன் இருக்கும் நோயாளிகள், சோர்வுடன் இருந்து தனது சுற்றுப்புற சூழ்நிலையைப் பற்றி அசட்டையுடன் இருந்தால், நன்கு கண்காணிக்கப்பட வேண்டும். கட்டிலில் படுத்துக் கொண்டு, படுக்கைத்துணிகளால் முகத்தை மறைக்க நோயாளியை அனுமதிக்கக் கூடாது. இந்த நிலையில் தனது சட்டைக் கைத்துணி அல்லது படுக்கை விரிப்பு, அல்லது தலை மீதுள்ள துண்டுகளால் தனக்கு ஒரு சுருக்குக் கயிற்றை உருவாக்கலாம். பணிபுரியும் உதவியாளர்கள், கொடுக்கப்பட்ட எல்லாத் துண்டுகளும் உரிய இடத்தில் உள்ளனவா எனப் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும்.

கடாடோனியா அடங்கல் நிலையில் உள்ள அல்லது பொய்கணிப்பு கொண்ட, மனச்சிதைவு நோயாளிகள் ஆபத்தானவர்கள், ஏனெனில் இந்த நிலைகள், ஆபத்தான காரியங்கள் கொண்ட உள இயக்கக் கிளர்த்தலால் பாதிக்கப்படலாம். இத்தகைய நோயாளிகளை இடைவிடாத கண்காணிப்பில் வைத்திருக்க வேண்டும்.

பொய்கணிப்புள்ள நோயாளிகள் சுற்றுப்புற உண்மை நிலை மற்றும் எண்ணங்களைப் பற்றிய விளக்கங்களை மறைக்கின்றனர். காரணம் இன்றி தங்களை மருத்துவமனைகளில் சேர்த்துள்ளனர் என்றும், தங்கள் உடல் நலம் சீராக இருப்பதாகவும் நினைக்கின்றனர். அவர்கள், மருத்துவமனையிலிருந்து தப்பி ஓடி விடலாம். மற்ற நோயாளிகளுடன் முரட்டுத்தனமாகப் பழகலாம். அவர்களையும் தங்களுடைய பொய்கணிப்பில் இணைத்துக் கொள்கின்றனர். நோயாளியின் பொய்கணிப்பை ஊர்ஜிதம் செய்யவும், அவர்களுடைய தவறான கருத்துக்களை ஒத்துக்கொள்ளவும் கூடாது. நோயாளியைப் பற்றி ஜோக்குகள் அடிப்பதும், கவனக்குறைவான கருத்துக்களை வெளியிடுவதும் தவிர்க்கப்பட வேண்டும். நோயாளியை துன் புறுத்தக் கூடிய, கிளர்த்தக்கூடிய

அவனது பொய்கணிப்புகளை ஊக்குவிக்கக் கூடிய பொருள்கள் பற்றிய உரையாடல்களைத் தவிர்க்க வேண்டியது அவசியமாகும். நோயாளி, வெளியிடும் குறையாடுகளுக்கு எவரும் எதிர்ப்புத் தெரிவிக்கக்கூடாது. தனது உணர்ச்சிகளை வெளியிட வேண்டும் என நோயாளிக்கு ஆர்வம் இருக்கும்போது அதைப் பொறுமையாகக் கேட்க வேண்டியது அவசியமாகும். முரட்டுத்தனமாக இருந்தால், நோயாளியின் பொய்கணிப்பு நிலை மோசமடைகிறது. இயக்கப் பேச்சு அமைதியின்மை மற்றும் வீண் சந்தடி, கிளர்த்தல் ஆகிய நிலையில் உள்ள நோயாளிகளுக்கென ஒரு தனியான அணுகுமுறை தேவை. எப்போதும் ஏதாவது செய்ய வேண்டும் என்ற ஒரு உந்தல்; ஒவ்வொன்றிலும் தலையிட வேண்டும் என்ற அடக்க முடியாத அவா; தேவையில்லாத விமர்சனப் பேச்சுக்கள், இடைவிடாது பேசிக் கொண்டோ, பாடிக் கொண்டோ இருக்கும் நிலை, மற்ற நோயாளிகளின் எரிச்சலையும் எதிர்ப்பையும் அடைதல், ஆகிய அனைத்தும் பிதற்றல் நோயாளிகளில் காணலாம். பிதற்றல் நோயாளி, வேண்டாத சச்சரவில் ஈடுபட்டு சண்டைக்கு தயாராகிறான். எனினும் பெரும்பாலும் இவனே தாக்கப்படுகிறான். மருத்துவமனை ஊழியர்கள் நோயாளிகளை சரியான முறையில் திறமையுடன் அணுகி கவனத்தைத் திருப்பி மருத்துவமனையில் சச்சரவுகளைத் தவிர்க்க வேண்டும்.

ஒரு நோயாளியை ஒரு குறிப்பிட்ட வார்டில் சேர்க்க வேண்டும் என்று நிர்ணயம் செய்வதில் நன்கு கவனம் செலுத்த வேண்டும். கிளர்த்தப்பட்ட உணர்ச்சி வயப்படும் நோயாளிகள், குற்ற உணர்வு கொண்ட மனநோயாளிகள், மருந்தடிமைகள் ஆகியோரை ஒரே வார்டில் அனுமதிக்கக்கூடாது. தீய மனப்பாங்குடைய ஒரு காக்காவலிப்பு நோயாளி ஒரு வார்டில் இருக்கும்போது, அந்த வார்டில் அதே மாதிரியான மற்றொரு நோயாளியைச் சேர்க்கக்கூடாது. சில நோயாளிகள், வார்டில் உள்ள மற்ற நோயாளிகளின் தீங்கான வெளிப்பாடுகளைக் காப்பியடிக்க நினைக்கின்றனர் என்பதை நினைவில் கொள்ள வேண்டும். சான்றாக, ஹிஸ்டீரியா தாக்குதல் ஒரு நோயாளிக்கு ஏற்படும்போது, அருகிலுள்ள மற்ற நோயாளிக்கும் ஹிஸ்டீரியா தாக்குதல் உண்டாகி விடலாம். காப்பி அடிக்க வேண்டும் என்ற ஆர்வம் மனவளர்ச்சி குன்றிய நோயாளிகளிடத்திலும், மனச்சிதைவு நோயாளிகளிடமும், காணப்படுகிறது.

வார்டிலேயே நோயாளிகளுக்கிடையே சண்டை தோன்றினால் அங்குள்ள ஊழியர்கள் செய்ய வேண்டியதென்ன? உடனடியாக டாக்டருக்குச் சொல்லி அனுப்ப வேண்டும். சண்டையிடுபவர்களை தனிமைப்படுத்தி பிரித்து வைக்க வேண்டும், தேவையிருந்தால் மற்ற வார்டுகளுக்கு மாற்றி விடலாம். எதற்கும் டாக்டரின் அனுமதியைப் பெற வேண்டும்.

காக்காவலிப்பு நோயாளிகளை பராமரிப்பது மிகவும் சிரமமான ஒன்றாகும். அவர்களின் உணர்ச்சி மனப்பாங்கின் தனித்தன்மையின் நிமித்தம் அத்தகைய நோயாளிகள் கீழ்த்தரமாக நடந்து ஒரு காரணம் இன்றி (யாராவது அவர்களது படுக்கையைத் தொட்டால், படுக்கை விரிப்பைசரிசெய்தால்) முரட்டுத்தன நிலையை அடைகிறார்கள். மருத்துவ உதவியாளர் ஒருவராலோ, செவிலியர் அல்லது டாக்டராலோ கொடுக்கப்பட்ட ஒரு உத்திரவாதம் நிறைவேற்றப் படாவிட்டால், காக்கா வலிப்பு நோயாளிகள் பழிவாங்கும் தன்மை கொள்கிறார்கள்.

''இனிய வார்த்தைகளை'' உபயோகிப்பதும் மற்றும்உரையாடல் களை வேண்டுமென்றே சுருக்கி விடுவதும் வயது வந்தவர்களை அவர்களது முதற்பெயர்களை கொண்டு அழைப்பதுவும் தவிர்க்கப் பட வேண்டும். நோயாளிகளும் மருத்துவ ஊழியர்களை அவர்களது முதற்பெயர் கொண்டு அழைக்கக்கூடாது. நோயாளிகளுடனான சாதுர்யமான, பணிவான நடத்தை மருத்துவ உதவியாளர்களின் தரத்தை உயர்த்திக் காட்டவும், ஒழுங்கைப் பாதுகாக்கவும், துறையில் எல்லாவற்றையும் சீராக காப்பாற்றவும், உதவுகிறது.

மருத்துவமனையின் எல்லாத் துறைகளிலும் உள்ள அனைவருக்கும் ஒரே மாதிரியான சீரான நியதி வகுக்கப்பட்டுள்ளது. இது அமைதியான, மற்றும் கிளர்த்தலடைந்த நோயாளிகள் அனைவருக்கும்பொருந்தும். ஆபாசமான விளைவுகள் தவிர்க்க, இதுவும் ஒரு சிகிச்சை முறையாகும். இதனால், நோயாளிகளும் ஒழுங்காக நடந்து கொள்கிறார்கள். ஒவ்வொரு நோயாளியும் விதிக்கப்பட்ட நெறி முறைப்படி நடப்பதை கண்காணிப்பது மருத்துவ மனை ஊழியர்களின் பொறுப்பாகும்.

மருத்துவ ஊழியர்கள், திறமையாகவும் சுமூக மனப்பான்மையுடனும் நடந்து கொள்ள வேண்டியது அவசியமாகும். விதிக்கப்பட்ட நியதிகளைப்பின்பற்ற வேண்டியது நோயாளிகளின் கடமையாகும்.

பொதுப்படையான அன்றாட நெறி முறைகளை அனைத்து நோயாளிகளும் பின்பற்ற வேண்டியது என்பது தவிர, ஒரு சில குறிப்பிட்ட நோயாளிகளுக்கு விதிக்கப்பட்ட சிறப்பு நெறி முறைகளும் பின்பற்றப்பட வேண்டும்.

சமாளிக்கச் சிரமமான பல நோயாளிகள் இருந்த போதிலும், சிகிச்சை முறை சிறப்பாகச் செயல்பட முக்கியமான ஒரு நிபந்தனை என்னவென்றால் குறிப்பிட்ட இடங்களில் போதுமான மருத்துவ ஊழியர்கள் இருப்பதேயாகும். சாப்பாட்டு நேரங்களில், எந்த மருத்துவ ஊழியரையும் வேறு பணிகளுக்கு மாற்றுவது (உறவினர் கொணர்ந்த உணவுகளை நோயாளிகளுக்கு அளிப்பது, வார்டுகளையோ அலுவலகங்களையோ சுத்தம் செய்வது, நோயாளிகளை உலாவ அழைத்துச் செல்வது) அனுமதிக்கப்படக் கூடாது. உணவு

நேரங்களின் போதும், பொழுது போக்கின் போதும், மருத்துவமனை உதவியாளர்கள், மன நோயாளிகளை நன்கு கண்காணிக்க வேண்டும். ஏனெனில் இத்தகைய சூழ்நிலையின் போதுதான், நோயாளிகள் சிலர் தப்பிக்க முயலுவர், தன்னைத்தானே காயப்படுத்திக் கொள்வர், தற்கொலைக்கு முயற்சிப்பர்; மருத்துவமனை ஊழியர்களின் ஏதாவது ஒரு தவறான செய்கையைப் பயன் படுத்திக் கொண்டு முரட்டுத்தனமாக நடந்து கொள்ள முயற்சிப்பர்; ஒரு வார்டிலிருந்து மற்றொரு வார்டுக்கோ அல்லது சிகிச்சைக்கோ, நோயாளி அழைத்துச் செல்லப் படும்போது மருத்துவ ஊழியர்கள் முன்னெரிச்சையாக இருக்க வேண்டும். தீவிரமாகக் கண்காணிக்கப்படும் நோயாளிகளைத் தனிமையாக விடவே கூடாது. உண்ண மறுக்கும் நோயாளிகளுக்கு கரண்டியாலேயோ அல்லது ரப்பர் குழாய் மூலமோ உணவு உட்செலுத்தப்பட வேண்டும்.

பொழுது போக்கு நடவடிக்கைக்களைத் திட்டமிடுபவரால் நடத்தப்படும் நிகழ்ச்சிகள், அன்றாட நெறி முறைகளைச் சீரான முறையில் நடத்த வழி வகுக்கும். மருத்துவ துறையில் நோயாளிகள் இசைக்கருவிகளைப் பயன்படுத்தலாம். உள் அரங்கு ஆட்டங்களை (சதுரங்கம், செக்கர், டொமினோ) ஆடலாம். புத்தகங்கள் மற்றும் சஞ்சிகைகள், தினச் செய்திகள் ஆகியவற்றைப் படிக்கலாம். கிளர்த்தல் மிகுந்த நோயாளிகளுக்கு வார்டுகளுக்குள்ளேயே சிலவகையான கலா நிகழ்ச்சிகளை (புத்தகங்கள், மற்றும் சஞ்சிகைகள், தினத்தாள்கள் படிக்க) அனுமதிக்கலாம். அமைச்சூர் கலா நிகழ்ச்சிகள், மற்றும் களியாட்டங்கள், சினிமாப்படங்கள் ஆகியவை சிடுசிடுப்பைத் தளத்த உதவி, நோயாளிகளுக்கு இதமளிக்கின்றன. வார்டைச் சுத்தம் செய்தல் மற்றும் தரையைப் பெருக்குதல், பளபளப்பாக்குதல் போன்ற அன்றாட வேலைகளில் வெறி பிடித்த நோயாளிகளை அழைத்து ஈடுபடுத்தினால் நல்ல பலன் கிடைக்கிறது.

உறவினர்களால், நோயாளிகளுக்குக் கொண்டுவரப்படும் எல்லாப் பொட்டலங்களையும் கட்டாயமாக திறந்து பார்த்து பரிசோதனை செய்யப்பட வேண்டும். நோயாளியின் வற்புறுத்தலின் பேரில் அவனது மனைவி, ரொட்டித்துண்டு ஒன்றில் ஒரு ஜோடி பற்றுக்குறடை உள்ளே எடுத்துச் செல்ல முயன்றதாக வரலாறு உண்டு. இந்தக் குறடு மூலம், கதவை உடைத்துத் திறந்து தப்பி ஓடத் திட்டமிட்டிருந்தான். மருந்தடிமைகளுக்கு வரும் பார்சல்களும் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். ஏனெனில் நோயாளியின் உறவினர்கள், மருந்துகளை திருட்டுத்தனமாக கடத்த முயற்சித்ததாக வரலாறு உண்டு.

மருத்துவ உதவியாளரின், வெளித் தோற்றம் மிகவும் முக்கியமானது. அவர்களது உடைகள் சுத்தமாகவும், கச்சிதமாகவும் இருக்க வேண்டும். ஊக்குகள் மற்றும் மோதிரங்கள், காதணிகள், புரூச்சுகள் ஆகியவற்றை அணியக்கூடாது. பிரகாசமான நகப் பூச்சைத்

தவிர்க்க வேண்டும். குறிப்பாக எளிதில் கிளர்த்தலடையக் கூடிய நோயாளிகளை கவனிக்கும்போது, இந்த முறைகள் பின்பற்றப்பட வேண்டும். மேலாடைகள், உள்ளாடைகள் பொத்தான்களுடன் கூட இருக்க வேண்டும், தலை ரோமத்தை ஒரு தொப்பியாலோ கைக் குட்டையாலோ மூட வேண்டும். மருத்துவ உதவியாளர்கள், மெல் லிய குட்டைப் பாதம் கொண்ட காலணிகளை அணிய வேண்டும். அப்போது தான் சுறுசுறுப்பாக இயங்கி உதவி நாடும் நோயாளியிடம் ஓடி ஆடி வேலை செய்ய முடியும். புதிய நோயாளிகளிடம் உள்ள சிகரெட்டுகள் மற்றும் உணவுப் பொட்டலங்கள் ஆகியவற்றை எடுத்து, அந்தத் துறையின் தலைமைச் செவிலியரிடம் கொடுத்து விட வேண்டும்.

கிளர்த்தல் மிகையாக உள்ள ஒரு புதிய நோயாளி சுத்தம் செய் யப்பட்டு பரிசோதிக்கப்படும்போது அந்தத்துறையின் செவிலியரோ, உதவியாளரோ உடனிருக்க வேண்டும். சில போது வரவேற்பு அறை யிலேயே பல்வேறு நிலையில் உள்ள நோயாளிகள் பலர் இருக்கலாம்: கிளர்த்தலுடைய நோயாளிகள், அமைதியான நம்பத்தகுந்த நோயா ளிகள். அத்தகைய நேரங்களில் வரவேற்பறையில் பணி புரிபவர் களின் நிலைமை மிகவும் சிக்கலடைகிறது. அவர்களது பணிகளி லிருந்து அவர்களது கவனத்தைத் திருப்பக்கூடாது. வரவேற்பறை யின் கதவுகள் மூடியே இருக்க வேண்டும். மேலும் திறந்த ஜன்னலுக் கருகில் உள்ள நோயாளியை நன்கு கண்காணிக்க வேண்டும். வர வேற்பறையில் இருந்த வெற்றிகரமாக தப்பி ஓடிய நோயாளிகள் பற்றிய வரலாறுகள் உள்ளன.

உளநோய் மருத்துவமனைகளின் சட்டங்கள் படி அனுமதிக்கப் பட்ட எந்த நோயாளியும், அவனது நிலைமை எப்படி இருந்தாலும் சரி, முதல் இரண்டு மூன்று நாட்களுக்கு பூரண ஓய்வு எடுக்க வேண் டும். இத்தகைய வார்டுகளில் உள்ள பணியாளர்கள் இதைக் கவனத் தில் கொள்ள வேண்டும். முதல் சில நாட்களுக்கு, வெளியே உலாவு தல் அனுமதிக்கப்பட மாட்டாது. கூராய்வு வார்டில் முதலில் அனு மதிக்கப்படுகிறான். அவனது நடத்தையில் காணப்படும் மாற்றங் களை பணியாளர்கள் கவனித்துக் கொள்ள வேண்டும். அனுமதிக் கப்பட்ட ஒவ்வொரு நோயாளியின் பெயர், அவனது படுக்கை எண், தங்கும் இடம் ஆகியவற்றை அங்குள்ள செவிலியர் நன்கு தெரிந் திருக்க வேண்டும்.

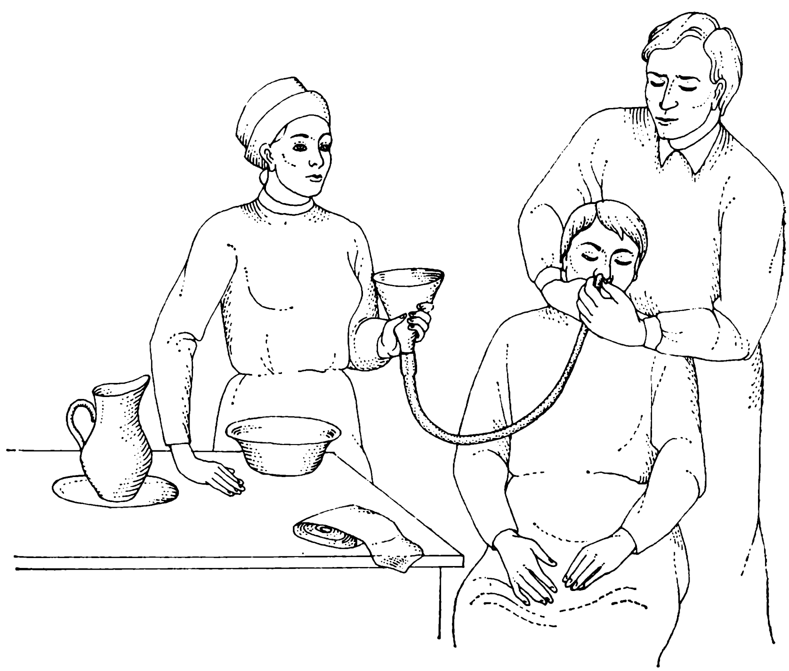
ஒவ்வொரு துறையிலும் கூடுதல் கவனம் செலுத்தப்பட வேண் டிய நோயாளிகளின் பட்டியலை செவிலியர்களும், மருத்துவ உத வியாளர்களும் தெரிந்திருக்க வேண்டும். சில நோயாளிகள் தற் கொலை செய்யும் தன்மையுடன் இருப்பர். உண்ண மறுப்பவர்கள்; தப்பியோட நினைப்பவர்கள்; தங்கள் மீதே காயம் உண்டாக்குபவர் கள். காக்கா வலிப்பு, ஹிஸ்டீரியா நோயாளிகள்; ஆகிய பலவகைப்

பட்ட நோயாளிகள் அங்கு இருப்பார்கள். செவிலியர்கள் மட்டு மின்றி மருத்துவ உதவியாளர்களும், நோயாளிகளின் பெயர்களைத் தெரிந்திருக்க வேண்டும். தனது ஷிப்டு மாறும்போதுதான் அது வரை கண்ட மாற்றங்களை ஒரு பதிவேட்டில் குறித்து அடுத்த ஷிப்டுக்கு வருகிறவரிடம் கொடுக்க வேண்டும். ஒரு செவிலியரோ அல்லது பணியாளரோ வெறி பிடித்த நோயாளிகளை எப்போதும் கண்காணிக்க வேண்டும். தற்கொலை எண்ணம் கொண்ட நோயாளி, மற்றும் தப்பியோட நினைப்பவன், திடீர் தாக்குதல் நேரும் நோயாளி, ஆகியோரில் யாராவது மலக்கழிப்பிடத்திற்குச் செல்லும் போது யாராவது உடன் செல்ல வேண்டும். மலக்கழிப்பிடத்தினுள் நீண்ட நேரம் யாராவது தங்கினால் தவறாக ஏதாவது நடந்து கொள்ளாதவாறு ஜன்னல் வழியாகப்பார்க்க வேண்டும். உலாவச் செல்லும்போது, இயன் முறை சிகிச்சையின் போது, குளியலின் போது, ஆய்வகப் பரிசோதனைகளின் போது, உளநோயாளிகள் கவனத்துடன் கண்காணிக்கப்பட வேண்டும். பாதுகாப்பான கத்தி கொண்டு, ஒரு பணியாளரின் முன்னிலையில், நாவிதன், நோயாளிக்கு சவரம் செய்ய வேண்டும்.

உணவை மறுக்கும் நோயாளிகளை, தாங்களாகவே உண்ண, தாஜா செய்ய வேண்டும். இதில் தவறி விட்டால், ஒரு குழாயின் உதவி கொண்டுநோயாளிக்கு உணவு அளிக்கப்பட வேண்டும். 0.5 செ.மீ. விட்டம் கொண்ட இந்த மெல்லிய குழல், ரப்பரால் ஆனது. உபயோகிப்பதற்கு முன், இந்தக்குழாயை கொதிக்கும் தண்ணீரில் தோய்க்க வேண்டும், அல்லது கொதி நீரால் கழுவ வேண்டும்; இதற்கு சோடியம் பைகார்பனேட்டையும் உபயோகிக்கலாம். இந் தக்குழாயின் நுனி மழுங்கி இருக்கிறது. பக்கங்களில் துவாரங்கள் காணப்படுகின்றன. அதன் மீது கிளிசரைனையோ, வாசலினையோ தடவ வேண்டும். மற்ற நுனிதிறந்திருக்க வேண்டும், அதனுள் பெய் குழலைச் செருக வேண்டும். (படம் 36)

டாக்டரால் தான் இந்த முறை கையாளப் படவேண்டும், அல்லது டாக்டரின் முன்னிலையில் அனுபவம் முதிர்ந்த ஒரு செவிலியரும் இந்த முறையைக் கையாளலாம். பெரும்பாலான நோயாளிகள் இந்த முறையை எதிர்க்கிறார்கள். ஆகவே அருகே ஒரு உதவியாள ரை வைத்திருப்பது நல்லது. குழல் வழியாக நோயாளிக்கு உணவு செலுத்தப் படும்போது நோயாளி மல்லார்ந்திருப்பது நல்லது; நோயாளியை உட்கார வைத்தும் உணவு உட்செலுத்தலாம். இந்த முறையில் நோயாளியின் பின்புறமாக நின்று கொண்டு அவனது தலையைத் தாங்கிக் கொண்டு உணவைச் செலுத்த வேண்டும். குழாயை மூக்கு வழியாகவோ வாய் வழியாகவோ உட்செலுத்தலாம். வாய் வழியாக உணவை உட்செலுத்தும் போது குழாயையோ அதன் மழுங்கிய நுனியையோ நோயாளி கடித்து விடலாம். இதைத்

தவிர்க்க வாய் விரிக்கியைக் கையாளலாம். மூக்கு வழியாக குழாயை உட்செலுத்தினால், மேற்கூறியதைத் தவிர்க்கலாம். குழாயை உட்செலுத்துமுன்னர், நோயாளிக்கு நடுவிலகிய மூக்குத்தடுப்புச்சுவர் இருக்கிறதா அல்லது தொங்கு தசை ஏதாவது உள்ளதா என்பதைப் பரிசோதித்துப் பார்க்க வேண்டும். பொய்பற்கள் இருந்தால் அவற்றையும், குழாயை உட்செலுத்தும் போது, அகற்றி விட வேண்டும். குழாய் 50—55 செ.மீ. உட்சென்றவுடன் குழாயின் நுனி இரைப்பையினுள் இருக்கிறதா என்பதை நிர்ணயித்துக் கொள்ள வேண்டும். தவறுதலாகக் குழாய் சுவாசப்பாதைக்கள் சென்று விட்டால், நோயாளியின் முகம் நீலநிறமடைகிறது. மூச்சு விடுவதில் சிரமம் உண்டாகிறது. இனியும் குழாயை உள்ளே நுழைக்க முயற்சித்தால், அதை தன் பலம் கொண்டமட்டும் நோயாளி எதிர்க்கிறான். இத்தகைய நிலையில் குழாயை உடனடியாக வெளியே எடுத்து



படம் 36. மூக்கு வழியாக உள்ளே செலுத்தப்பட்ட குழல் வழியாக நோயாளிக்கு உணவளித்தல்

விட வேண்டும். சரியான முறையில் குழாயை உள்ளே நுழைத்தால், முதலில் மூக்கு, பின்னர் மேற்தொண்டை, அன்னக் குழல் வழியாக

இறுதியில் இரைப்பையை அடைகிறது. நோயாளி திரும்ப திரும்ப வாந்தி எடுப்பதாலும், அன்னக்குழலினுட் சென்ற குழாயை பிடித்து இழுப்பதாலும், துவக்கத்தில் சிரமங்கள் உண்டாகின்றன. இத்தகைய நிலைகளின் போது, நோயாளி மூக்கு வழியாக சுவாசிச்கப்பணிக்கப் படுகிறான்.

குழாய் இரைப்பையை அடைந்து விட்டது எனக் கீழ்க்கண்ட அறிகுறிகளை வைத்துத் தெரிந்து கொள்ளலாம்: 1. நோயாளி சிரமின்றி மூச்சு விடுகிறான். 2. முகம் நீல நிறமடைவதில்லை. 3. சிறிய அளவில் காற்று இரைப்பையினுட் சென்று விடுவதால் ஏப்பம் விடுவது போன்ற தொனி கேட்கிறது. 4. பெய்குழல் வழியாக விடப் பட்ட திரவம் ($^1/_4$—$^1/_2$ குவளை தண்ணீர்) எளிதில் மெதுவாக இரைப்பையை அடைகிறது.

குழாய் இரைப்பியினுட் சென்றுவிட்டது என்று நிச்சயமானவுடன் பணியாளர், பெய்குழல் வழியாக போஷாக்கு திரவத்தை விடு கிறான். அதே போது, பெய்குழலை உயர்த்துகிறான். தினமும் ஒன் றிரண்டு தடவையாக விடப்படும் திரவம் 300 கிராமிற்குக் குறை யாமலும் ஒரு லிட்டருக்கு அதிகமாகாமலும் இருக்க வேண்டும். உணவூட்டத்தின் பின், குழாயை துரிதமாக ஒரே அசைவில் வெளியே எடுத்து விட வேண்டும். இதன் மூலம் குழாயினுள் எஞ்சியுள்ளதிர வம், மூச்சுப் பாதைச்குள் செல்லாமல் தவிர்க்கலாம். எனினும் போஷாக்குக் கலவை உட்சென்ற சில வினாடிகள் வரை பொறுத் திருந்து குழாயை அகற்ற வேண்டும்.

சில போது நோயாளி உட்சென்ற திரவத்தை வெளியேற்ற முயற்சிசெய்யலாம். இதைத் தவிர்க்க அவனைப் படுக்கையில் கிடத்தியிருப்பதே நல்லது.

போஷாக்குக் கலவையில் (செயற்றை உணவு ஊட்டத்திற்கு பயன்படுத்தப்பட்ட) போதிய அளவில் புரதங்கள் மற்றும் கொழுப்பு, மாவுப் பொருட்கள், வைட்டமின்கள், உப்பு ஆகியவை இருக்க வேண்டும். 500 கிராம் பால், 2 பச்சை முட்டைகள், 50 கிராம் சர்க் கரை, 20—30 கிராம் வெண்ணெய், 1—5 கிராம் உப்பு பல்வகை வைட்டமின்கள் ஆகியவை பொதுவாகக் காணப்படுகின்றன. நோயாளி எடுத்துக் கொள்ள மறுக்கும் மருந்துகளையும், இந்த உணவுக்கலவையில் கலந்து விடலாம். உணவு பல மாதங்களுக்கு, நோயாளியால் மறுக்கப்படுவதால், தினமும் உணவு நேரத்தில் நோயா ளிக்கு 40% குளுகோஸ் கரையத்தில் வைட்டமின் ''சி'' கலக்கப்பட்டு சிரை வழியாக உட்செலுத்தப்படுகிறது. சில போது குழாய் வழியாக உணவு செலுத்தப்படுவதற்கு பதிலாக, போஷாக்கு இனிமா கொடுக் கப்படுகிறது. இந்த 200—300 கிராம் இனிமாவில் பால் மற்றும் முட்டைகள், சீனி, கொழுப்புகள் அடங்கியுள்ளன. சுத்தம் செய்யும்

இனிமா, கொடுக்கப்பட்ட பின்னர், இந்தப்போஷாக்கு உணவு மலக் குடலினுட்செலுத்தப்படுகிறது.

மலக்குடலில் விரைவில் கிரகிக்கப்பட, போஷாக்குக் கலவையுடன் டிங்க்சர் அயடின் சில சொட்டுக்கள் இடப்படுகின்றன. இனிமா முழுவதும் மலக்குடலில் தங்கி முழுமையாக கிரகிக்க 2—5 சொட்டுக்கள் ஒபியம் இடப்படுகின்றன.

மேற்கூறிய முறை எளிதாக இருந்தாலும், பெருங்குடலில் போஷாக்கு திரவம் முழுமையாக கிரகிக்கப்படாததால், ஏற்படும் அசதியைத் தவிர்க்க போதிய போஷாக்கு இல்லை. இதனால் தான் குழாயை உபயோகிப்பதை விட, அபூர்வமாகவே, இனிமா கையாளப்படுகிறது. உணவு மறுதலிக்கப்படுவது தவிர்க்கப்பட, சில போது இன்சுலின் குறைந்த அலகில் (4—8யூனிட் தினமும்) கொடுக்கப்படுகிறது. மிகையான உள நோயால், (குருதிப்பெருக்குடன் கூடிய தமனிச் சுருக்கம், மூப்படைந்த உளநோய்) பொதுப்படையான அடங்கலால், (சுழற்சி மனத்தளர்ச்சி) உணவு உண்ண முடியாது இருக்கும் போது (இங்கு நோயாளி உணவை மறுக்கவில்லை) தினமும் கரண்டி கொண்டு உணவை ஊட்டுவது சிறந்தது. அவனுக்கு பற்கள் இல்லாமல் இருந்தால் அல்லது குழம்பிய மன நிலையுடன் இருந்தால், உணவை நன்றாக கரைத்து கூழாக்கி சல்லடையில் அரித்து குழம்புபோல் நோயாளிக்கு அளிக்கப்படலாம். நோயாளி உணவை வாயிலே வைத்துக் கொண்டிருப்பதை விட, உடனடியாக விழுங்க வேண்டும், என்பதை வலியுறுத்த வேண்டும். நோயாளிகளின் உணவுப் பழக்கங்களை கண்காணிக்க வேண்டும். மிகையான பசியுடன் கூடிய நிலையில், மற்றவர்களுக்கான (மனவளர்ச்சி குன்றிய நிலையில்) உணவை நோயாளி சாப்பிட்டு விடக் கூடாது என்பதை பணியாளர்கள் கண்காணிக்க வேண்டும்.

எதிர் மறைத்தனம் கொண்டுள்ள நோயாளிகளும், உண்ண மறுக்கலாம். இந்த நிலையில் உணவை நோயாளியின் முன்னால் வைத்து விட்டு ஒரு பக்கமாக ஒதுங்கி நின்று பார்க்கலாம். பெரும்பாலும், நோயாளி தானாகவே உணவு பூராவையும் சாப்பிட்டு விடுகிறான். உணவு வேளையின் போது கண்காணிக்கப்பட வேண்டிய நோயாளிகள் அனைவரையும், ஒருபக்கமாக நின்று கவனிப்பது நல்லது.

நோயாளிகள் மலம் கழிப்பதையும் சிறுநீர் கழிப்பதையும், அவர்கள் உணவு உண்ணும் போது கண்காணிப்பதைப்போன்றே, மேற்பார்வையிட வேண்டும். நோயாளி, சொல்வதை, முழுமையாக நம்பி விடக் கூடாது. நோயாளிகளின் சிறுகுடல் இயக்கமும், சிறுநீர் பிரிவும் சரியான முறையில் நடைபெற்று வருகிறது என்பதை மருத்துவ உதவியாளர்கள் உறுதி செய்ய வேண்டும். பெரும்பாலும் மன நிலையின் காரணத்தால், குறிப்பாக கடாடோனியாவின் போது, சிறு நீர், மலம் பிரிவதை நோயாளி தானாகவே கட்டுப்படுத்த

முயற்சிக்கலாம். இன்றியமையாத பணிகள் பலவீனமடைவதாலும், சிறுகுடலின் விரிந்து சுருங்கும் தன்மை பாதிக்கப்படுவதாலும், மனத் தளர்ச்சி நோயாளிகளில் மலச்சிக்கல் உண்டாவது சாத்தியமே. படுக்கையில் நீண்ட நேரம் இருப்பதுவும், சிறுகுடல் இயக்கத்தைப் பாதிக்கும் ஓபியம் மருந்துகள் சாப்பிடுவதும், மலச்சிக்கலை ஊக்கு விக்கிறது. இத்தகைய கேசுகளில் மலச்சிக்கலை சீர் செய்ய சாதாரண சோப் இனிமாவோ அல்லது உப்பு (மிகச் செறிவடைந்த) இனி மாவோ உதவுகிறது. புத்திக் கூர்மையை பாதிக்கும் மூளை நைவு களால் பாதிக்கப்படும் நோயாளிகளின் சீறு நீர்ப்பை, மற்றும் மலக்கு டல் ஆகியவற்றின் சுருக்கு தசைகளும் பாதிக்கப்படுவதால், அவர் களுக்கு தெரியாமலேயே சிறுநீரும் மலமும் பிரிகின்றன. அத்தகைய நோயாளிகளை சிறப்பான முறையில் கவனிக்க வேண்டும்.

பலவீனமடைந்து நீண்ட காலமாக படுக்கையில் கிடக்கும் நோயா ளிக்கு படுக்கை விரிப்புக்கு அடியில், ரப்பரால் ஆன, காற்றால் நிரப்பப்பட்ட மெத்தைகள் வைக்கப்பட வேண்டும். அசிங்கமடைந்த படுக்கைவிரிப்புகள் உடனுக்குடன் மாற்றப்பட வேண்டும். இதைத் தொடர்ந்து சுகாதார முறையில் குளியல்கள் அளிக்கப்பட வேண் டும். குறிப்பிட்ட நேரங்களில் சிறுநீர் குப்பி, அல்லது மலத்தாலம் கொடுக்கப்பட வேண்டும். நடந்து செல்லக் கூடியவர்களை மலக் கழிப்பிடத்திற்கு அழைத்துச் செல்ல வேண்டும். படுக்கைப் புண் களைத் தவிர்க்க நோயாளியை அடிக்கடி புரட்டிப் படுக்க வைக்க வேண்டும். படுக்கை விரிப்புகளின் சிறிய மடிப்புகளைச் சரி செய்ய வேண்டும். சிதறிக் கிடக்கும் உணவுத்துண்டுகளை அகற்றி விட வேண்டும்.

தன்னையறியாமலேயே சிறுநீர், மலம் பிரியும் நோயாளிகளை, பலவீனமான நோயாளிகள் இருக்கும் வார்டுகளில் வைக்க வேண் டும். இத்தகைய வார்டுகளில் துர்நாற்றம் இல்லாமல் இருந்தால், மருத்துவப் பணியாளர்கள் தங்கள் கடமைகளைச் செய்து வருகின் றனர் எனக் கொள்ளலாம்.

மனநிலை பாதிக்கப்பட்ட நோயாளிகளை நல்ல முறையில் கண் காணிக்க வேண்டும்: சிறுநீர் மற்றும் மலம் பிரிவது; நோயாளியின் கைகள் மற்றும் முகம், வாய், சுத்தமாக இருப்பது; குறிப்பிட்ட நேரத்தில் குறித்த அளவில் சாப்பிடுவது இன்னபிற.

கிளர்த்தலடைந்த நோயாளிகள் இருக்கும் வார்டுகளில், நீண்ட நேரம் தங்கிய மனநோயாளிகள், அங்கு பணி புரிபவர்களுக்கு அச் சத்தை உண்டாக்குகின்றனர். ஒவ்வொருவரும் திறமையாகப் பணி புரிய வேண்டும். அவர்களுக்கென ஒதுக்கப்பட்ட வார்டுகளைக் கண் காணிக்க வேண்டும். அனைவரும் ஒழுக்கமாகவும், கடமை உணர்ச் சியுடனும் இருந்தால், எந்தவித ஆபத்தும் நேராது. கிளர்த்தலடைந்த

நோயாளிகளை அணுகி, சிகிச்சை செய்வது எப்படி என மருத்துவப் பணியாளர்கள் தெரிந்திருக்க வேண்டும்.

மனச்சிதைவு மற்றும் அதிகரித்து வரும் செயலிழப்பு, வெறி நிலையில் உள்ள அழற்சி நரம்பு நோய், தீயநச்சு விளைவு நோய், தொற்றும் நோய்கள், ஆகியவற்றில் இயக்கக் கிளர்த்தல், பயங்கர நிலையில் உருவெடுக்கிறது. துயில் நிலையில் உள்ள காக்காவலிப்பு நோயாளிகளில், அளவுக்கு மீறிய கிளர்த்தல் உண்டாகிறது. இயக்கக் கிளர்த்தலுடனும், மீதியுடனும் (நிலை குலைந்த மனத்தளர்ச்சி) கூடிய, மனத் தளர்ச்சிக்கு கீழ்க்கண்ட மருந்துகள் பலன் அளிக்கின்றன: அமிடிரிப்டிலின் (லாண்டரோன்) (10மி.கி. அல்லது ஒன்றிரண்டு மாத்திரைகள். நோய் நிலையைப் பொறுத்து) சோடியம் பார்பிடால் மற்றும் கோடீன், சோடியம் புரோமைடு, வலிரியன் ஆகியவை கொண்ட லியோனரஸ் மூலிகைக் கரையம்.

லியோநூரி மூலிகை 6.0—200.0
சோடியம் புரோமைடு 0.3
கோடீன் பாஸ்பேட் 0.2
சோடியம் பார்பிடால் 0.3
டிங்க்சர் வலிரியன் 5.0

ஒரு மேசைக் கரண்டி அளவு தினமும் மூன்று வேளை.

முழுமையாகச் செயலிழந்த நிலையில், பிரனலான் (மீதோபின சின்) 5மி.கி. மாத்திரை, தினமும் ஒன்றிரண்டு வேளைகள், மதியம், காலை, பகல் நேரத்தில் 10மி.கி. அமிடிரிப்டிலின் கொடுக்கப்படலாம். நரம்பூட்ட மருந்துகளில் தையோபுரோபிரசின் (மெஜப்டில், தையோபிரசின்) நல்லது.

உள இயக்க கிளர்த்தலில் இருக்கும் நோயாளி, மருந்துகளை எடுத்துக் கொள்ள மறுத்தால், எவ்விதம் அவனுக்கு மருந்துகளைக் கொடுப்பது? சில சமயத்தில் நோயாளியை இணங்கச் செய்து விடலாம். இது சாத்தயமாகா விடில், ஊசி மருந்துகள் தரப்பட வேண்டும், அல்லது இனிமா மூலம் மருந்துகளை உட்செலுத்தலாம். ஊசி மூலம் மருந்துகள் செலுத்தப்படும்போது, நோயாளியைப் படுக்க வைத்து பல உதவியாளர்கள் அவனை இறுக்கமாகக் கட்டிப்பிடித்துக் கொள்ள வேண்டும், அப்போது தான் அவனால் கையையும் காலையையும் உதறி, சிரிஞ்சையும் ஊசியையும் தட்டி விட்டு இடைஞ்சல் செய்ய முடியாது. மருந்துகள் இனிமா மூலம் உட்செலுத்தப் படும்போது, நோயாளியை ஒரு பக்கமாகப்படுக்க வைத்து தொடைகளை மடக்கி வயிற்றுடன் இணைந்திருக்க வேண்டும். இனிமா, கொடுத்து முடிந்த பின்னர், ஒரு சில வினாடிகளுக்கு இனிமா குழல் மலக்குடலின் உள்ளே இருக்க வேண்டும். குதத்திலிருந்து இனிமா

குழலை வெளியே எடுத்த பின்னர், கைகளால் நோயாளியின் குண்டி கள் இரண்டையும் இறுக்கிப் பிடிக்க வேண்டும்.

நரம்பூட்ட மருந்துகளைக் கையாளத்துவங்கியதில் இருந்து, உள இயக்கக் கிளர்த்தலைக் கட்டுப்படுத்தும் பிரச்னை தீர்ந்துவிட்டது. சோவியத் நரம்பூட்ட மருந்துகள் (அமைனசின், இன்னபிற) 100—150 மி.கி. அலகில் கொடுக்கப்பட்டால், உள இயக்கக் கிளர்த்தல் சீரடைகிறது. மனச்சிதைவு நோய் மற்றும் மூப்புமுன் உள நோய் உள்ளிட்ட பல உள நோய் வகைகளுக்கு, அமைனசின் (குளோர்பு ரோமசின்) டிரிப்டசின் (டிரைபுரூபிரசின்) (இரண்டு மூன்று மாதங் களுக்கு சிகிச்சை நீடிக்கும்) போன்ற மருந்துகள் நல்ல பலன் அளிக் கின்றன.

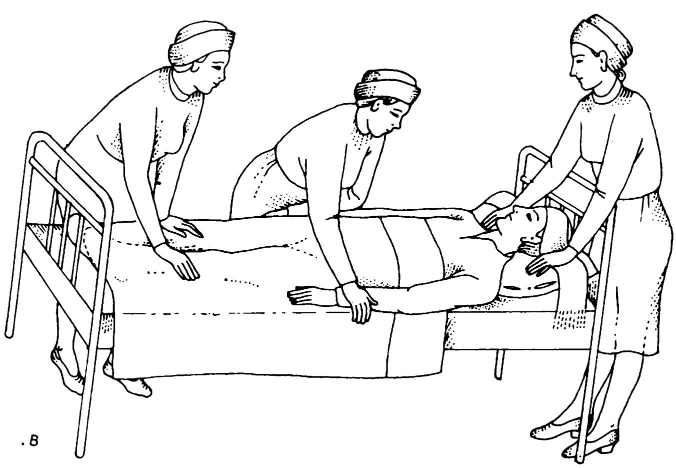
நிலையான பொய்க் கணிப்பிலும், மனமருட்சிகளிலும், ஹாலோ பிரிடால் (ஹங்கேரி நாட்டு அமைதியூட்டும் மருந்து) நல்ல பலன ளித்தது. எந்தக் காரணத்தினாலோ உண்டாகிற மனத் தளர்ச்சிக்கு, மனத்தளர்ச்சி எதிர் மருந்துகள், பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. குறைந்த மனத் தளர்ச்சியில், தினமும் ஒன்று முதல் மூன்று வேளை களாக, 25 கிராம் அலகில் கைமிசின் கொடுக்கப்படுகிறது. பீதி இருக்கும்போது அமிடிரிப்டிலின் மருந்தை 10 மி.கி. அலகில் தின மும் இரண்டு, மூன்று வேளைகளாகக் கொடுக்கலாம்.

மேற்கூறிய மருந்துகள் தவிர, வெப்பக் குளியல்கள் (35—37° செ.) இதமளிக்கின்றன. கிறுக்குத்தனமான கிளர்த்தலில் நீண்ட நேர (ஒரு மணி நேரத்திற்கும் மேலாக) குளியல்கள் பலனளிக்கும். நீண்ட நேரக் குளியலின் போது நோயாளியின் இருதயப் பணி கண் காணிக்கப் பட வேண்டும். நீண்ட நேர நீராடல் குளியலின் போது, தண்ணீரின் வெப்பம் 35° செ. க்குக் குறையக் கூடாது. உள இயக்கக் கிளர்த்தலுக்கு இதமளிக்க நீண்ட நேரக் குளியலை ஒரு டாக்டரே பரிந்துரைக்க வேண்டும்.

திடீரென்று கிளர்த்தலடைந்து அருகிலுள்ளவர்களைத் தாக்கக் கூடிய சூழ்நிலை ஏற்பட்டால், டாக்டர் வரும் வரை நோயாளியைக் கட்டுப்படுத்துவது நல்லது. இரண்டு ஆட்கள், இந்தவேலையைக் செய்ய முடியும். ஒருவர் கால்களையும், மற்றொருவர் கைகளை யும் பிடித்துக் கொள்ள வேண்டும். (படம் 37 ஏ), மூன்று நபர்கள் இருந்தால், ஒருவர் நோயாளியின் தலையைப் பிடித்துக் கொள்ள லாம். மற்றொருவர் இரண்டு கைகளையும், மற்றவர் இரண்டு கால் களையும் இறுக்கமாகப் பிடித்துக் கொள்ளலாம். (படம் 37 பி.) கிளர்த்தல் அடைந்த நோயாளியை வேறு வார்டுக்கு மாற்றும் போதோ அல்லது டாக்டரிடம் அழைத்துச்செல்லும்போதோ, கீழ்க் கண்ட முறையை பின்பற்றலாம்: நோயாளியை, பின்புறத்திலிருந்து அணுகி, கைகளையும் மணிக்கட்டுகளையும் பிடித்துக் கொள்ள வேண்டும். (படம் 38) அவனது பக்கத்திலிருந்து கொண்டு அவனை

நடத்திச் செல்வதே நல்லது. அவன்பின்னால் நிற்கக்கூடாது. ஏனெனில் அவன் தனது காலால் உதைக்கலாம்; தலையால் முட்டலாம்; தலையால் முட்டுவதைத் தவிர்க்க குறுக்கான நிலையில் இருக்கும் கைகளை நன்கு உயர்த்திக் கொள்ள வேண்டும். இரண்டு உதவியாளர்கள் அவனை நடத்திச் செல்லும்போது, ஒருவர் கையையும் மணிக்கட்டையும் முன்னாலிருந்து பிடித்துக் கொள்ள வேண்டும்; மற்றவர் முழங்கையை மேலாக பின்னாலிருந்து பிடித்துக் கொள்ள வேண்டும். நோயாளியின் இரண்டு கைகளையும், தோள்மட்டத்





படம் 37. கிளர்த்தலடைந்த நோயாளியைக் கட்டுப்படுத்தும் முறைகள் (A, B)

திற்கு மேலாக உயர்த்துவதன் மூலம் அவன் தன் தலையால் முட்ட முடியாது.

மிகையாகக் கிளர்த்தலடைந்த நோயாளி, ஏதாவது ஒரு பொருளைப் பிடித்துக் கொண்டு, தன்னருகே வரும் யாரையும் தாக்க முயற்சித்தால், ஒரு கம்பளி சகிதமாக அவனை முன்னாலிருந்து அணுக வேண்டும். திடீரென்று கம்பளியை அவனது தலைக்கு மேலாக வீசியெறிந்து அவனைக் கட்டிலில் படுக்க வைக்க வேண்டும். உடனடியாக அமைசின் (100—150 மி.கி. தசை ஊசியாக) கொடுக்கப்படுகிறது.

காக்காவலிப்புக்காரனுக்கு உள இயக்கக்கிளர்த்தல் தோன்றினால், அவனைச் சுற்றியுள்ளவர்களுக்கு ஆபத்து நேரலாம். மனக்குழப்பத்தில், நோயாளிக்கு மனமருட்சி ஏற்பட்டு தன்னைக் காப்பாற்றுவதாக நினைத்து பைத்தியக்காரச் செயல்களில் ஈடுபடுகிறான். சில போது 5—6 ஆட்கள் சேர்ந்தால் தான், நோயாளியைக் கட்டுப்படுத்த முடியும். உதவிக்கு போதிய ஆட்கள் இல்லாவிடில், சீரடைந்து வரும் நோயாளிகளின் உதவியை நாடுவது நலம்.

முன்காலத்தில் மிகையாகக் கிளர்த்தலடைந்த நோயாளிகளை தனிவார்டுகளில் வைத்திருந்தனர். இந்த வழக்கம் தற்போது கைவிடப்பட்டுள்ளது. ஏனெனில் தனிமைப்படுத்துவதால் கிளர்த்தல் அதிகமாகிறது. நோயாளி ஆக்ரோஷமடைகிறான். அவனது மனநிலை இன்னும் மோசம் அடைகிறது. உடல்நலக்குறைவு, துயில் நிலை, கிளர்த்தல் ஆகிய நோய் நிலைகளை, இடைவிடாத காக்காவலிப்பு நோய்க்குக் கொடுப்பது போன்று, அமைனசின் (100—200 மி.கி.) தசை ஊசியாகக் கொடுத்து, மட்டுப்படுத்தலாம்.

இரவுப் பணியின் போது உளநோய் மருத்துவமனை ஊழிர்கள் கவனமாக இருக்க வேண்டும். இரவுப் பணியாளர், அடிக்கடி வார்டுகளைச் சுற்றி வர வேண்டும், எல்லோரும் படுக்கையில் இருக்கிறார்களா என்பதை உறுதி செய்ய வேண்டும். ஒரு நோயாளி, இரவில் எழுந்து கழிப்பிடத்திற்குச் சென்றால், அவன் திரும்பி வரும் வரை கவனமாக இருக்க வேண்டும்.



படம் 38. கிளர்த்தலடைந்த நோயாளியை நடத்திச் செல்வது

இரவில் நோயாளிகளின் நிலை மற்றும் நடத்தை பற்றி செவிலியர்களும் உதவியாளர்களும் குறிப்பெடுத்து வைக்க வேண்டும். தினமும் தனது சுற்றுப் பார்வையைத் துவக்கு முன்னர், டாக்டர், இந்தக் குறிப்பேடுகளைப் படிக்க வேண்டும். நோயாளியின் நிலையில் ஏற்பட்ட மாற்றம், அவனது நோய் நிலையை உறுதி செய்யும் வகையில் கூறிய அவனது கூற்றுக்கள், தனது எண்ணங்கள், போன்றவை பதிவேட்டில் குறிப்பிப்பட வேண்டும். தோன்றிய வலிப்பைப் பற்றிய விபரம் முழுமையாகத் தெளிவாக பேரேட்டில் குறிப்பிடப் பட வேண்டும், இதைப் படிக்கும் டாக்டருக்கு, அது காக்காவலிப்பை சார்ந்ததா அல்லது ஹிஸ்டீரியாவைச் சார்ந்ததா எனத் தெரிய வேண்டும். வார்டில் நடைபெறும் எந்த நிகழ்ச்சியும் (சண்டைகள், நோயாளிகளிடையே மோதல்கள், மருத்துவ உதவியாளர்கள் மீது தாக்குதல், திடீரென்று தோன்றும் கிளர்தல்கள், தற்கொலை முயற்சிகள் முதலியன) நோயாளியின் குறிப்பேட்டில் பதிவு செய்யப்பட வேண்டும்.

ஷிப்டு மாறும்போது, பணியில் உள்ள செவிலியர் அனைவர் (டாக்டர்கள், செவிலியர்கள், மருத்துவ உதவியாளர்கள், பணியாளர்கள்) முன்னிலையிலும், அன்று நடந்த அனைத்தையும்குறிப்பான கண்காணிப்பு தேவையான நோயாளிகளைப் பற்றியும், விவரிக்க வேண்டும். இரவுப் பணியை மேற்கொள்ளப் போகும் செவிலியர், தேவையான அனைத்து மருந்துகளும் பத்திரமாக பூட்டி வைக்கப் பட்டு இருக்கின்றதா என உறுதி செய்ய வேண்டும். அவசர அவசிய சிகிச்சைக்குத் தேவையான எல்லா மருந்துகளும், கருவிகளும் இருக்கின்றனவா என்பதையும் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும்.

உள-நரம்பியல் துறையின் மருந்தகங்கள், மற்றும் மருத்துவ மனைகளின் உள்ள செவிலியர்கள் மற்றும் உதவியாளர்கள் ஆகியோரின், திட்டமிட்டு செய்யப்படும் திறமையான பணிகளும், டாக்டர்களுடன் அவர்களுடைய நெருங்கிய தொடர்பும், பல நோயாளிகளை சீரடையச் செய்யவும், முந்தைய பணிகளுக்கு நோயாளிகள் செல்லவும், வழி வகுக்கிறது.

2

சருமம் மற்றும் பால்வினை நோய்கள்

முன்னுரை

பால்வினை மற்றும் தொற்றும் சரும நோய்கள் ஆகியவற்றின் கட்டுப்பாடு, பல அம்சங்களில் செவிலியர்களின் திறமையான, மனப் பூர்வமான பணியையும், அவர்களின் கைத்திறனையும் பொறுத்து இருக்கிறது.

பால்வினை நோய்களை சமூகம் சார்ந்த வியாதியாகக் கருத லாம். சோவியத் நாட்டிலும், மற்றுமுள்ள சோஷலிஸ்ட் நாடுகளி லும், பால்வினை நோய்க்கான அடிப்படை வேர்கள் களையப்பட்டு விட்டன. நோய்தோன்றுவதைத் தடுக்க, பல்வேறு சிகிச்சை முறை களும், பரவலான பல சீரமைப்பு முறைகளும் கையாளப்பட்டுள்ளன. ஆனால், இன்னும் பால்வினை நோய்கள் தோன்றுகின்றன. ஆதலின் செவிலியர்கள், இந்த நோயின் வெளிப்பாடுகள் பற்றியும், அது பரவும் வழிகள், மற்றும் அதைத் தவிர்க்கும் முறைகள், நோயாளி களுக்கு அளிக்கப்பட வேண்டிய சிகிச்சை (டாக்டரின் மேற்பார்வை யில்) முறைகள் பற்றியும், அவசியம் தெரிந்திருக்க வேண்டும், நோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு ஆறுதல் கூறி, மனத்தளர்ச்சி அடைந்த அவர்களை ஊக்குவிக்க தங்களால் இயன்ற அனைத்தையும் செய்ய வேண்டியது டாக்டர்களின் கடைமையாகும். அவர்களது நோய் சீக்கிரமே குணமடைந்து விடும் என்றும் உறுதியளிக்க வேண் டும். பால்வினை நோய்களை தடுப்பதற்கான பணிகள் அனைத்துமே இனாமாகவே ஆற்றப்படுகின்றன. தேவைப்படும் அனைவருக்கும் மிகச் சிறந்த மருத்துவ உதவி உத்திரவாதம் அளிக்கப்படுகிறது. மருத்துவம் மற்றும் அரசு, சமூக நிறுவனங்கள் ஆகிய துறைகளால் தடுப்பு முறைகள் பெருமளவில் பின்பற்றப் படுகின்றன.

உள்ளுறுப்புக்கள் மற்றும் நாளமில்லாச் சுரப்பிகள், நரம்பு மண் டலம் ஆகியவற்றின் கோளாறுகளால் தோல் வியாதிகள் உண்டா கின்றன. தவறான முறையில் மருந்துகளை உபயோகித்தல், சரு மத்தின் மீது பிரயோகிக்கப்படும் பல்வேறு உறுத்தல் மருந்துகள், ஆகியவையே சரும நோய்களுக்குக் காரணமாக அமைகின்றன. சில

போது சரும நோய்கள் தொழில் வழி சார்ந்துள்ளன. சில தொற்றும் தன்மை கொண்டிருப்பதால் அவைகளின் தடுப்பு முறைகளும் மிகவும் அவசியமானது. சிலபோது, நோய்கள் பரம்பரைவழியான பிறவி வகையாக அமைகின்றன.

சரும நோய்களின் வெளிப்பாடுகள் பற்றி, செவிலியர்கள் தெரிந்திருக்க வேண்டும். அத்தகைய நோயாளிகளைக் கண்காணித்து டாக்டரின் அறிவுரைப்படி அவர்களுக்கு சிகிச்சை அளிப்பது செவிலியர்களின் கடமையாகும்.

சோவியத் யூனியனில் பால்விளை மற்றும் தோல் வியாதிகள் ஆகியவற்றை தடுக்கும் முறைகளின் மீது தீவிர கவனம் செலுத்தப்படுகிறது. நோய்களைத் தடுக்கும் பணிகளில் செவிலியர்கள் முழுப் பங்கு கொள்ள வேண்டும்.

I. பொது அம்சங்கள்

தோலின் அமைப்பும் பணியும்

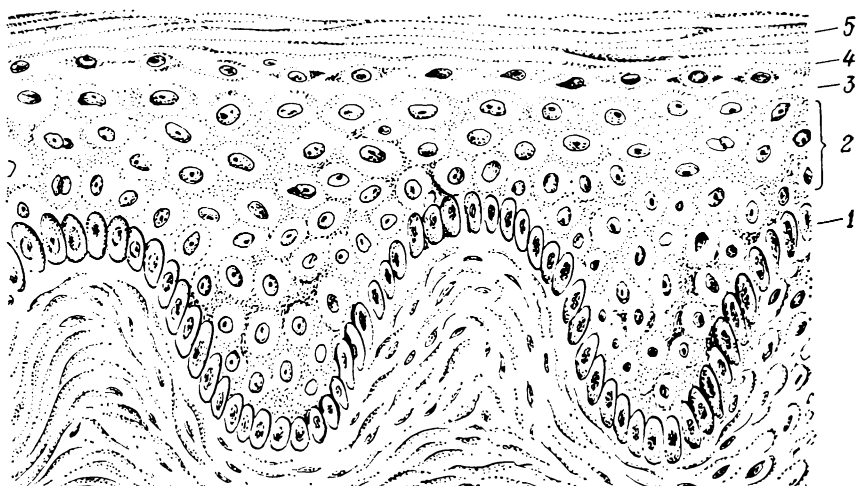
மனித உடலின் முழுப் பரப்பையும் தோல், போர்த்துகிறது. இயற்கையாக அமைந்துள்ள துவாரங்களின் (வாய், மூக்கு, சிறு நீரக—பிறப்பு உறுப்புக்கள், குதம் ஆகியவை) சிலேட்டுமப்படலத் துடன் சருமம் இணைந்துவிடுகிறது. வயது வந்த ஒருவனின் தோலின் மொத்த பரப்பு 1.5—2.0 மீ.^{2} பாதகமான சுற்றுப்புறச் சூழ்நிலை களின் விளைவுகளில் இருந்து மனித உடலைத் தோல் பாதுகாக் கிறது. வளர் சிதைமாற்ற நிகழ்விலும் பங்கு கொள்கிறது.

சருமத்தின் உடல்கூறு இயல்

சருமத்தில் மூன்று அடுக்குகள் காணப்படுகின்றன: 1. புற அடுக் கான எபிடெர்மிஸ். 2. கோரியம் அல்லது டெர்மிஸ் எனப்படும் உண்மையான தோல். 3. சரும அடிசெல் திசு அல்லது சருமத்தின் ஆழமான பகுதியான ஹைபோடெர்மிஸ் (வண்ணப்படம் 1) (இதையே மேற்தோல், நடுத்தோல், அடித்தோல் என்றும் கூறலாம். மொ-ர்) [இந்தப் பகுதியில் வரும் பெரும்பாலான படங்கள், ஏ.ஐ. கார்டமிஷேவ், மற்றும் யு. கே. ஸ்கிரிப்நிக், ஜி.யா. ஷரபாவா, ஆகியோரிடமிருந்து பெறப்பட்டன] (மருத்துவப் பள்ளிகளுக்கான தோல் மற்றும் பால்வினை நோய் பற்றிய பாடப்புத்தகங்கள்) ஏ. ஏ. ஸ்டுடிநிட்சின், பி.ஜி. ஸ்டோயானோவ், எல். ஐ. பெண்டிவ் (செவிலியர்களுக்கான பாடப் புத்தகங்கள்) பி.ஏம். பாஷ்கோவின் ''வாய் மற்றும் உதடு சிலேட்டுமப்படல நைவுகள்'' (1970) (ரஷ்ய மொழியில்) என்.டி. வெக்லகோவ், எம்.வி. மிலிச். ''மனிதனில் காளான் நோய்கள்'' (மீர் வெளியீடு. மாஸ்கோ 1974)]. மேற்கூறிய அடுக்குகளின், துவக்கம் பிறவியிலேயே மாறுபடுகின்றன. மேல் தோல் எனப்படும் எபிடெர்மிஸ், எக்டோடேர்மிலிருந்து (சிசு அடுக் கின் வெளிப்பகுதி) பெறப்படுகின்றது. டெர்மிஸ் எனப்படும் தோலும் சரும அடி கொழுப்பும் மீசோடர்மிலிருந்து (சிசு அடுக்கின் நடுப்பகுதி) பெறப்படுகிறது.

எபிடெர்மிஸ் எபிதீலியல் திசுவால் ஆனது. இதில் கீழ்க்கண்ட ஐந்து அடுக்குகள் காணப்படுகின்றன: 1. ஸ்ரேடம் பேசல். 2. ஸ்ரேடம் ஸ்பைனோசம். 3. ஸ்ரேடம் கிரானுலோசம், 4. ஸ்ரேடம் லுசிடியம், 5. ஸ்ரேடம் கார்னியம் (முள் அடுக்கு) (படம் 39) இதில் இரத்த நாளங்கள் காணப்படுவதில்லை. செல்லிடைப் பகுதிகளில் உள்ள நிணநீர்தான் செல்களுக்கு போஷாக்கு அளிக்கிறது. எபிடெர்மிசில் பல நரம்பு நுனிகள் காணப்படுகின்றன.

ஸ்ட்ரேடம் பேசல். எபிடெர்மிசின் ஆழமான அடுக்கு ஆகும். டெர்மிசை (உண்மைத் தோல்) அடுத்துக்காணப்படுகிறது. இது ஒரு வரிசை தூண் செல்களால் ஆனது. எபிடெர்மிசின் செல்கள், இங்கு தான் பிரிவடைகின்றன. இத்தகைய செல்களில் மெலனின் எனப்படும் கபில நிற நிறமியின் துகள்கள் காணப்படுகின்றன தோலின் நிறத்தை இந்த நிறமி தான் நிர்ணயிக்கிறது. வெப்ப மண்



படம் 39. எபிடெர்மிசின் அமைப்பு (விபரம் புத்தகத்தில்)

டலத்தில் வசிப்பவர்களிடம், இந்த நிறமி மிகையாகக் காணப்படுகிறது. ஒரே நபரின் சருமப் பகுதிகளில் பல்வேறு இடங்களில் பல்வேறு அளவில் நிறமிகள் காணப்படுகின்றன. புற ஊதாக் கதிர்களின் பாதகமான விளைவுகள், செல் நூக்ளியஸ்களின் மீதும் ஆழ்ந்த திசுக்களின் மீதும், படாதவாறு உயிரினத்தை, மெலனின், பாதுகாக்கிறது.

ஸ்ட்ரேடம் ஸ்பைனாசம். ஸ்ட்ரேடம் பேசலுக்கு மேலேயுள்ள

இந்த அடுக்கில், ஒரு நூக்ளியஸ் கொண்ட குபாய்டு செல்களின் ஆறு வரிசைகள் காணப்படுகின்றன. அவை ஒன்றோடொன்று இணைந்துள்ளன. செல் இடைபான்டிகுலை எனப்படும் பல புடைப்புகளால், ஸ்ட்ரேடம் பேசலின் செல்களுடன் இணைக்கப்பட்டுள்ளது. செல் இடைவெளியில் (எபிதீலிய இடைக் கால்வாய்கள்) உள்ள பண்டிகுலைகளுக்கு இடையே எபிதீலிய நிணநீர் பாய்கிறது. செல்களுக்கு போஷாக்கு அளிப்பதும், வளர்சிதை மாற்றக்கழிவுபொருள்களை அகற்றுவதும், இதன் பணியாகும்.

ஸ்ட்ரேடம் கிரானுலோசம் மெல்லிய முட்டை வடிவ நூக்ளியஸ் கொண்ட நீண்ட சாய்சதுர செல்களின், இரண்டு வரிசைகள் காணப்படுகின்றன. கிரடோதயாலின் எனப்படும் சிறப்பு புரதப் பொருளின் பல துகள்கள், இத்தகைய செல்களின் புரோடோபிளாசத்தில் காணப்படுகின்றன. எபிடெர்மிசின் செல், கடினமடைவதற்கான துவக்கப்பொருள், கிரடோதயாலின் ஆகும்.

மேலே விவரிக்கப்பட்ட மூன்று எபிடெர்மிஸ் அடுக்குகளை (ஸ்ட்ரேடம் பேசல், ஸ்பைனோசம், கிரானுலோசம்) ஒன்று சேர்த்து மால்பிஜியன் அடுக்கு என்கிறோம்.

ஸ்ட்ரேடம் லூசிடம். இது ஸ்ட்ரேடம் கிரானுலோசத்தின் மேல் அமைந்துள்ளது. சதுரசெல்களின் இரண்டு வரிசைகள் இதில் காணப்படுகின்றன. இவற்றிற்கு நூக்ளியஸ்கள் கிடையாது. புரோடோபிளாசத்தில் எலைடின் என்ற புரதப் பொருள் காணப்படுகிறது. எபிடெர்மிஸ் செல்கள் கடினமடைவதால் எலைடின் உண்டாகிறது.

ஸ்ட்ரேடம் கார்னியம். இதில் நுண்ணியமுள் வடிவ தட்டுகள், 5—6 வரிசைகளாகக் காணப்படுகின்றன. (உள்ளங்கை மற்றும் உள்ளங்கால்களில் 10—15 வரிசைகள் உண்டு) இவற்றிற்கு நூக்ளியஸ்கள் கிடையாது. செல் கடினமடைவதன் இறுதிப் பொருளான கெரடின் எனப்படும் முட்பொருள், இங்கு காணப்படுகிறது. ஒன்றோடொன்று சேர்ந்த அடுக்குப் பொருட்கள், சருமத்தின் பரப்பின் அருகே, நெருக்கமாகக் காணப்படுவதில்லை. அவை படிப்படியாக கீழே விழுந்து விடுகின்றன. (தோலுரிதல்)

டெர்மிஸ் அல்லது உண்மையான தோல். இதில் முலைக்காம்பு போன்ற பாபில்லா அடுக்குகளும், வலைப்பின்னல் அடுக்குகளும் காணப்படுகின்றன. இதனுள் எபிடெர்மிஸ் அமிழ்ந்து கிடந்து, உருண்டையான கோளங்கள் கொண்ட நீண்ட கயிறுகளாக அமைகின்றன. இதனிடையே பாபில்லா அமைந்து எபிடெர்மிசையும் டெர்மிசையும் நன்கு இடைவளி இன்றி இணைக்கிறது. டெர்மிசில் இணைப்புத் திசு இழைகள் மற்றும் அடிப்படை செல்லிடைப்பொருள் செல்கள் காணப்படுகின்றன. இதில் பல செல் பொருட்கள் (ஹிஸ்டீயோசைட், பைப்ரோசைட் முதலியன) காணப்படுவதில்லை. இணைப்புத் திசு இழைகள் பொட்டலங்களாக அமைந்து பல திசை

களில் பின்னிக் கிடக்கின்றன. சருமத்தின் நெகிழ்வுத்தன்மை, மற்றும் ஒட்டுமொத்த அமைப்பு, பலம், மிருதுத் தன்மை ஆகியவற்றை அவை உறுதி செய்கின்றன. இழைகளுக்கும் செல்களுக்கும் இடையிலுள்ள வெளிகளை அடிப்படை செல்லிடைப் பொருள் நிரப்புகிறது. மிக முக்கியமான உடல் இயங்கு பணிகளை சாதிக்கிறது. அது கீழ்க்கண்டவற்றில் முக்கியப், பங்கு வகிக்கிறது. 1. சருமத்தில் அழற்சி மற்றும் அலர்ஜி மாற்றங்கள். 2. வளர்சிதை மாற்றம். 3. சருமத்தை கிருமிகள் ஊடுருவாமல் பாதுகாக்கிறது. எபிடெர்மிசுக்கும், டெர்மிசுக்கும் இடையேயான எல்லைதான் அடிப்படைப் படலம் எனப்படுகிறது. (இதன் இழைகள், ஒரு பக்கத்தில் எபிடெர்மிசின்கீழ் வரிசை செல்களுடன் இணைகின்றன. மற்றொரு புறத்தில் டெர்மிசின் இழைகளுடன் பின்னிக் கிடக்கின்றன) அதே போன்று இரத்த நாளப்பிணையம், டெர்மிசுக்கும், ஹைபோடெர்மிசுக்கும் (அடித்தோல் அடுக்கு) எல்லையாக அமைகிறது.

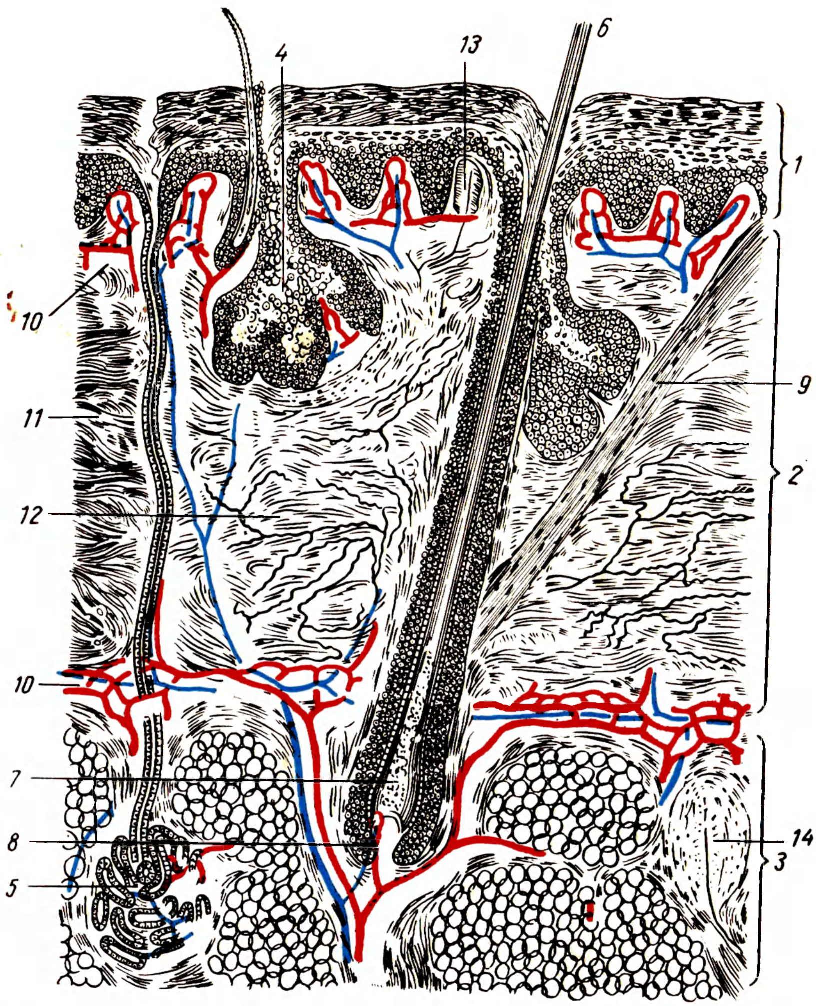
ஹைபோடெர்மிஸ் அல்லது சரும அடிசெல் திசு. இது இணைப்புத் திசு இழைகளின் பொட்டலமாக அமைகிறது. கிராதி போன்ற இந்தப் பின்னல் அமைப்பில் கொழுப்பு செல்கள் காணப்படுகின்றன.

தோலின் இரத்தம் மற்றும் நிணநீர் மண்டலம். இவை மேலெழுந்தவாரியான மற்றும் ஆழமான வலைப்பின்னல்களாக உள்ளன. இவற்றின் கிளைகள் பக்க வாட்டிலும், செங்குத்தாகவும் ஒன்றோடொன்று இணைந்து காணப்படுகின்றன.

நிணநீர் மற்றும் சிரை நாளங்கள், தமனிகளின் மட்டத்திலேயே செல்கின்றன.

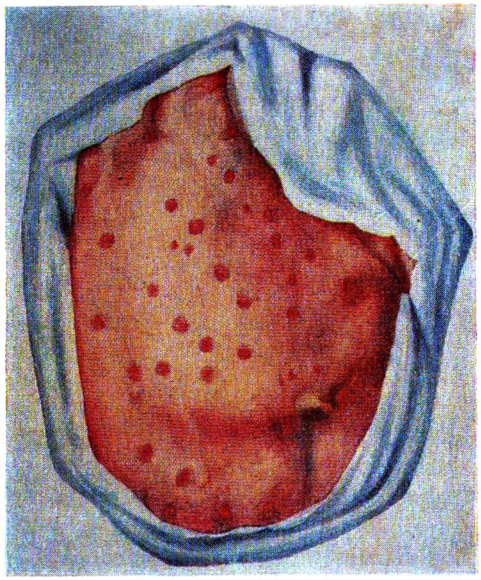
சருமத்திசுவிற்கு போஷாக்குகளை, இரத்த நாளங்களும், அதன் கிளைகளும் வினியோகிக்கின்றன. அங்கிருந்து வளர்சிதை மாற்ற கழிவு பொருட்களை அகற்றுகின்றன. வெப்பம் மற்றும் தட்பம், யாந்திரீகம், இரசாயனம் போன்ற தூண்டல்களின் விளைவாலும், உளநரம்பு மாற்றங்களாலும் (மகிழ்ச்சி, அச்சம், கோபம் இன்னபிற) இரத்த நாளங்கள் சுருங்குகின்றன, அல்லது விரிவடைகின்றன. இதனால் சருமம் சிவக்கிறது, அல்லது வெளுக்கிறது.

குழந்தைகளின் தோல். இதில் மிகையாக இரத்த நாளங்கள் காணப்படுகின்றன. மிருதுவாகவும், தளர்ந்தும் இருக்கிறது, தண்ணீர் நிறைய உள்ளது, நன்கு வளர்ச்சியடைந்த சரும அடி செல்திசு, இரத்த நாளங்கள் மற்றும் திசுக்களின் மிகையான ஊடுருவும் தன்மை, (இதனால் தான் குழந்தைகளில் அலர்ஜிப் பிரதிவினைகள் அடிக்கடியும், மிகவும் கொடூரமாகவும் காணப்படுகின்றன) செல்களும், இணைப்புத் திசு இழைகளும் முழுமையாக வளர்ச்சி அடையாத நிலை; குழந்தைகளின் சருமம், வயது வந்தவர்களின் சருமத்தை விட, எளிதில், சிதைவடைகிறது.

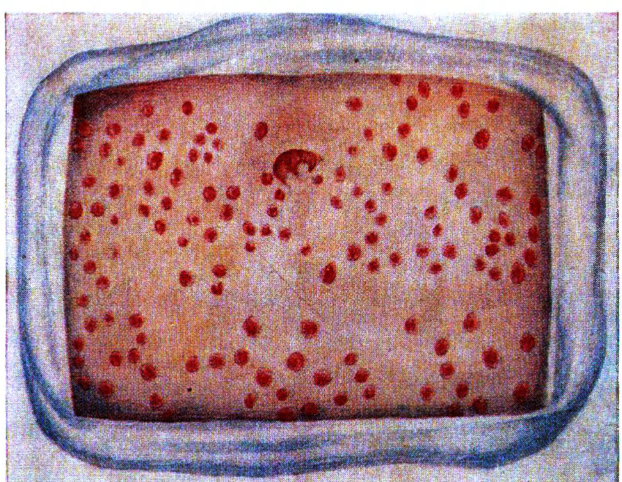


வண்ணப்படம் I. தோலின் அமைப்பு

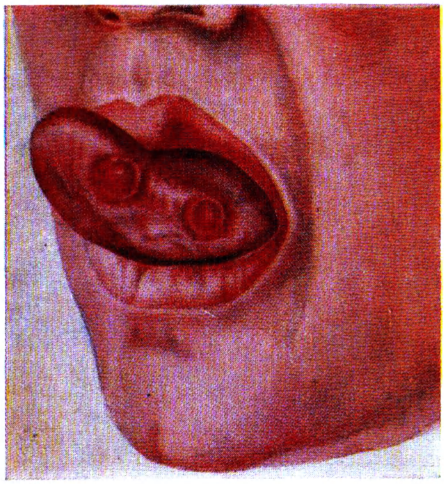
1. மேற்தோல்; 2. நடுத்தோல் (உண்மைத்தோல்); 3. சரும அடிக் கொழுப்பு; 4. செபசியஸ் சுரப்பி; 5. வியர்வைச் சுரப்பி; 6. ரோமம்; 7. ரோமத்தின் குமிழ்; 8. உரோமத்தின் பாபில்லா; 9. விறைப்புத் தசை; 10. இரத்த நாளங்கள்; 11. கொல்லேஜன் இழைகள்; 12. நெகிழ்வு இழைகள்; 13. மெய்ஸ்னரின் செல்கள்; 14. பெட்டர் பசினியின் செல்கள்



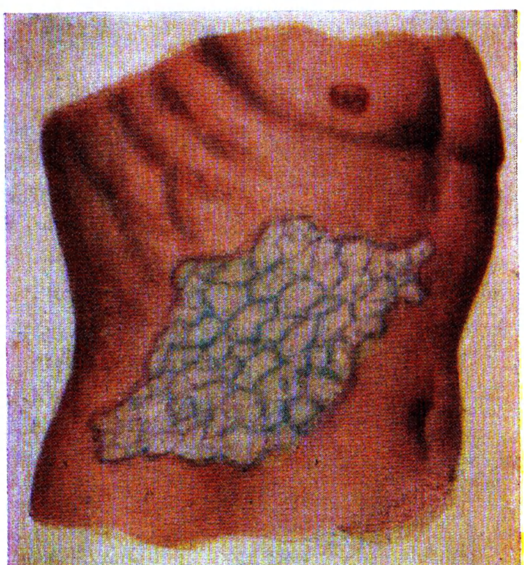
வண்ணப்படம் II. மேகநோய் ரோசாத்திட்டு (ரோசியாலா)



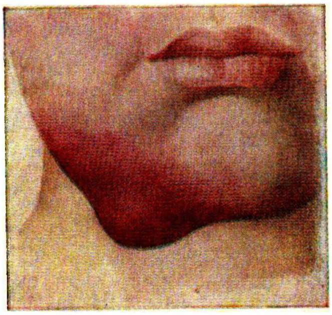
வண்ணப்படம் III. அரைக்கோள மேகநோய் தடிப்புகள்



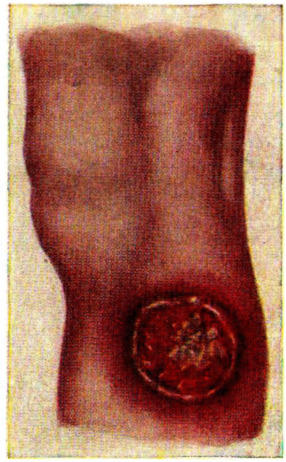
வண்ணப்படம் IV. நாக்கின் அரிப்புக் கீற்றுப் பருக்கள்



வண்ணப்படம் V. கழலை மேகப் பொரிப்புக்குப் பின்னான கற்கள் பதித்தது போன்ற தளும்பு



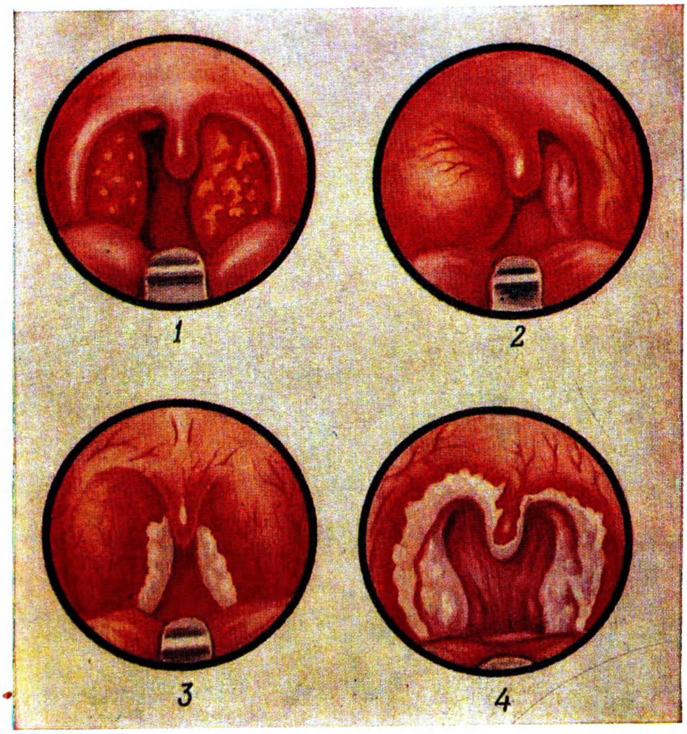
வண்ணப்படம் VI. கீழ்த்தாடை யின் கோந்துக்கட்டி (மேககம்மா)



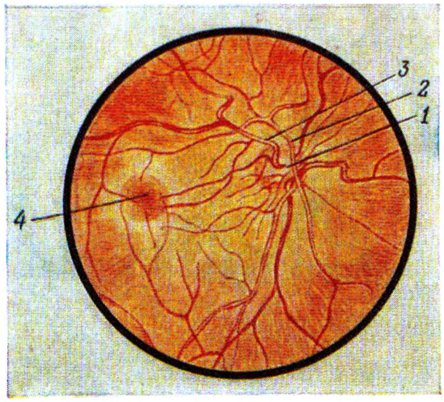
வண்ணப்படம் VII. கோந்துக் கட்டிப்புண்



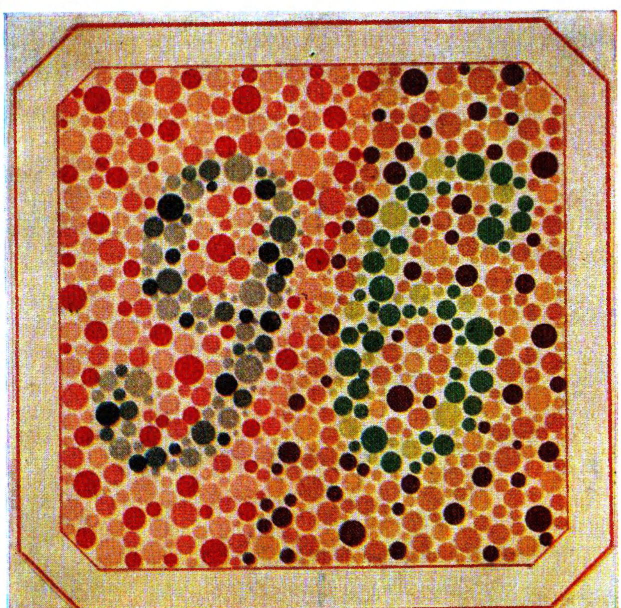
வண்ணப்படம் VIII. சருமத்தின் பரவலான மேகநோய் ஊடுருவல்



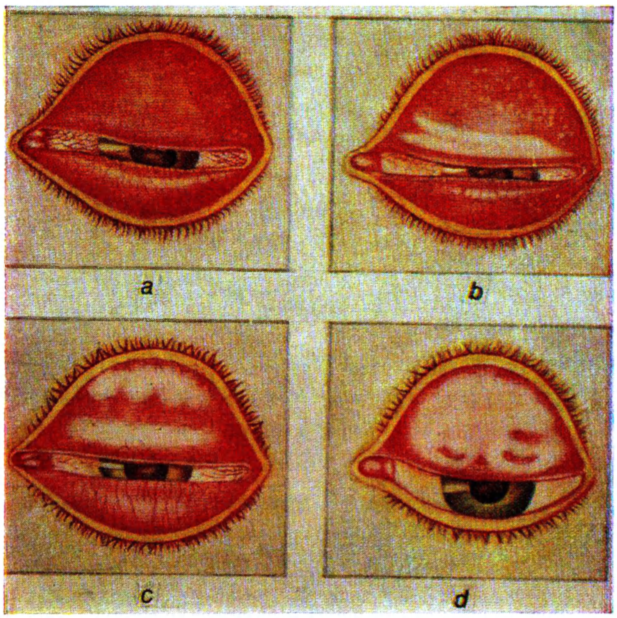
வண்ணப்படம் IX. தொண்டை நுழைவாயிலின் தொற்று நைவுகள் 1. நுண்பை வகை (வலது), மறை குழிவகை (இடது) டான்சில் அழற்சி; 2. (வலது) சீழ் கொண்ட டான்சில் அழற்சி; 3. நுழைவா யில் தொண்டை அடைப்பானின் தலவகை; 4. நுழைவாயில் டிப்தீரி யாவின் பரவலான (நச்சு) வகை



வண்ணப்படம் X. சகஜமான கண் உட்கோளம்
1. பார்வைத்தகடு; 2. தமனி; 3. சிரை; 4. மேகுலா லூடியா



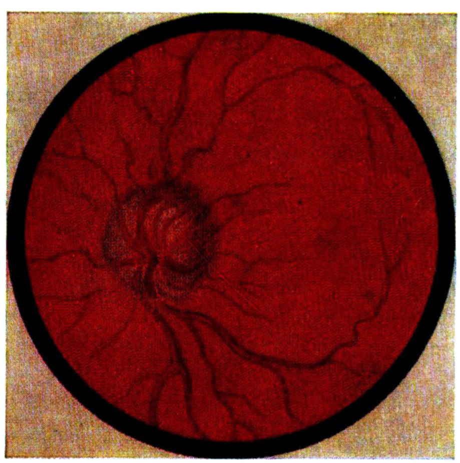
வண்ணப்படம் XI. வண்ணப் பார்வையை சோதிக்க உள்ள படங்களில் ஒன்று



வண்ணப்படம் XII. டிரகோமாவின் 4 நிலைகள்
A—டிரகோமா நிலை I; B—டிரகோமா நிலை II; C—டிரகோமா நிலை III; C—டிரகோமா நிலை IV



வண்ணப்படம் XIII. பார்வை நரம்பழற்சி



வண்ணப்படம் XIV. பாபில்லிடீமா (வழியடைத்த நரம்புத்தகடு)

வியர்வை சுரப்பிகள் எண்ணிக்கையில் மூன்று மில்லியன்களுக்கும் மேலாக இருக்கின்றன. தினமும் 300—800 மி.லி. வியர்வையை, அவை சுரக்கின்றன. பாதகமான சூழ்நிலையின் போது 1500 மி. மி.லி.க்கு அதிகமாக வியர்வை சுரக்கிறது. வியர்வை சுரப்பிகளில் ஒருகுழல் வடிவ அமைப்பு காணப்படுகிறது. அதற்கு ஒரு உடலும் (ஒரு சுருண்ட குழலாக இருக்கிறது) கழிவகற்றும் நாளமும் உண்டு. சுருண்ட குழல் (சுரப்பியின் சுரப்புப்பகுதி) ஹைப்போடெர்மிசில் காணப்படுகிறது. அதே போது நாளம், டெர்மிஸ் பருமன் அனைத்து வழியாகவும் சென்று, சருமத்தின் பரப்பில் திறக்கிறது. உள்ளங்கைகள் மற்றும் உள்ளங்கால்கள், முகம் ஆகியவற்றில் வியர்வைசுரப்பின்கள் ஏராளமாகக் காணப்படுகின்றன. அதே போன்று ஆண்குறியின் குமிழ், ஆண்குறி முன் தோலின் உட்பரப்பு, யோனியின் சிற்றிதழ்கள் ஆகியவற்றில் வியர்வை சுரப்பிகளே இல்லை. **எக்ரைன்** எனப்படும் இத்தகைய சுரப்பிகளைத்தவிர **அபோக்ரைன்** எனப்படும் தனித் தன்மை வாய்ந்த சுரப்பிகளும் காணப்படுகின்றன. இவை அக்குள் மற்றும் பாலுறுப்புகள், முலைக் காம்புகள், குதம் ஆகியவற்றின் சருமத்தில் காணப்படுகின்றன. அவை பெரிதாகவும் செபேஷியஸ் குமிழ்களுக்குள் திறப்பனவாகவும் இருக்கின்றன. பால் சுரப்பிகளின் நடவடிக்கைகளுடன் இணைந்துள்ளன. அபோக்ரின் வியர்வைச் சுரப்பிகள் பால் முதிர்ச்சிப் பருவத்தில் பணிபுரியத் துவங்குகின்றன.

செபேஷியஸ் சுரப்பிகள் மிகவும் சிக்கலான கோள வடிவம் கொண்டுள்ளன. அவை ரோமக் குமிழ்களைச் சுற்றி காணப்படுகின்றன. (ஒவ்வொரு குமிழை சுற்றி 6—8 சுரப்பிகள்) அவற்றின் நாளங்கள் குமிழ்களின் மேற்புறப் பகுதியிலோ அல்லது அபூர்வமாக சருமப் பரப்பிலோ திறக்கின்றன. தலை மற்றும் முகம், முதுகின் மேற்பகுதி ஆகிய பகுதிகளில் மிகையாகக் காணப்படுகின்றன.

இணைப்புத்திசு உறையினுள் காணப்படும் இரத்த நாளங்கள், நரம்பு நுனிகள் ஆகியவற்றால் எல்லா வியர்வை சுரப்பிகளும் ஊட்டம் பெறுகின்றன.

ரோமங்கள் நீளமாக இருக்கின்றன. (மேற்தலை மற்றும் மீசை, தாடி, அக்குள், அடிவயிறு, பிறப்பு உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றினது) **கட்டையாக தடித்த முள்** ரோமமாக இருக்கின்றன. கண் புருவங்கள், மற்றும் கண் இமைகள், மூக்குத்துவாரம், புறச் செவித் துவாரம் ஆகியவை **மெல்லிறகு** போன்று இருக்கின்றன, முதுகிலும், கை, கால்களிலும் உரோமத்தின்மேற்பகுதி (ரோமத்தண்டு) சருமப்பரப்பிற்கு மேலாக இருக்கிறது. சருமத்தின் அடியில் புதைந்துள்ள பகுதியை ''வேர்ப்பகுதி'' என்கிறோம். ரோம வேர்ப் பகுதி, படலத்தால் சூழப்பட்டுள்ளது. அதில் இணைப்புத் திசு உறையும் இருக்கிறது. இதை **ரோமக்குமிழ்** என்கிறோம். வேரின் அகலமான இப்

பாலுள்ள பகுதியை குமிழ் என்கிறோம். (ரோம செல்கள் பகுப்படையும் இடம்). இது ரோமப் பேபில்லாவை ஒட்டியுள்ளது. (இதில் தான் ரோமத்திற்கும் நரம்பிழைகளுக்கும் உணவுட்டம் அளிக்கும் இரத்த நாளங்கள் காணப்படுகின்றன). நீண்ட முடிகளில் அகணி எனப்படும் மத்தியப் பகுதியும், புறணி எனப்படும் வெளிப்புறப் பகுதியும் காணப்படுகின்றன. ரோமத்தின் படலத்தை குயூடிக்கிள் என்கிறோம். குமிழிலிருந்து ரோமங்கள், மெதுவாக வளருகின்றன. 24 மணி நேரங்களில், 0.3—0.5 மி.மீ. நீளத்தில் அதிகரிக்கிறது. ரோமக் குமிழின் மேற் பகுதியினுள், செபேஷியஸ் சுரப்பிகள் திறக்கின்றன.

தோலின் தசைகள். ரோமத்தை நிமிர்த்தும் தசைகளும், தசை இழைகளும் வியர்வை சுரப்பிகள் மற்றும் நாளங்களில் காணப்படுகின்றன. இவை சருமத்தின் இச்சைக்குட்படாத மெல்லிய தசைகளின் வகையைச் சாரும். நிமிர்த்து தசையின் சுருக்கத்தின் போது உரோமம் செங்குத்தாக நிற்கிறது. இதன் போது செபேஷியஸ் சுரப்பிகளிலிருந்து சுரப்பு வெளிப்படுகிறது. முகபாவத்திற்கான தசைகள் வரிகள் கொண்டவையாகும்.

நகங்கள்: பளபளக்கும் வெளிப்படலத்தைக் கொண்ட கடினமான முள்தகட்டைக் கொண்டது தான் நகமாகும். இரண்டு பக்கங்களிலும், இப்பாற்பகுதியிலும் நகப்படுகை சருமமடிப்புகளால், வரையறுக்கப்பட்டுள்ளது. இதையே நகத்தின் சுவர் என்கிறோம். (வாலம் அங்குவிஸ்). நகத்தகட்டிற்கு ஒருவேர், ஒரு விளிம்பு உண்டு; சருமமடிப்பில் பொதிந்துள்ள தகட்டின் இப்பாற்பகுதியிலிருந்து தான் நகம் வளருகிறது.

தோலின் நரம்புகள். தோலுக்கு நரம்பூட்டம் அளிக்க ஏராளமாக நரம்பிழைகளும், நரம்பு நுனிகளும் சிறப்பான நரம்பு அமைப்புகளும் காணப்படுகின்றன. சரும அடி கொழுப்பு அடுக்கில், பொதிந்துள்ள நரம்பு பிணையங்களில் இருந்து நரம்புக் கிளைகள் உருவாகி கீழ்க் கண்டவைகளுக்கு நரம்பூட்டமளிக்கின்றது: ரோமக்குமிழ்கள், செபேஷியஸ், வியர்வை சுரப்பிகள், தசைகள், சரும இரத்த நாளங்கள். தோலில் பல கூருணர்வு நரம்புகளும், சிறப்பு நரம்பு அமைப்புகள் காணப்படுகின்றன. இவை, வலி மற்றும் தட்பவெப்பம், அழுத்தம், தொடு உணர்வு ஆகியவற்றை கடத்துகின்றன.

சருமத்தின் பணி

உடலின் வெளிப்புற மற்றும் உட்புற சூழ்நிலைகளுக்கிடையே சருமமும் அதன் துணை உறுப்புக்களும் ஒரு உறுப்பாக அமைந்து

உயிரினத்தின் பல இன்றியமையாத பணிகளை ஆற்றுகின்றன. நரம்பு மண்டலம் மற்றும் இரத்த சுழற்சி மண்டலம், நாளமில்லா சுரப்பிகள் ஆகியவற்றின் மூலம் உயிரினம் தோலுடன் தொடர்பு கொண்டுள்ளது. புரதம் மற்றும் கொழுப்பு, மாவுப் பொருள், தண்ணீர், தாது உப்புக்கள், வைட்டமின்கள், ஆகியவற்றின் வளர்சிதை மாற்றத்தில் தோல் பங்கு கொள்கிறது.

தற்காப்புப் பணி ஒருங்கிணைந்த முள் அடுக்கு மற்றும் பலமான நெகிழ்வுத் தன்மையுடைய இழைகள், சரும அடி, கொழுப்பு ஆகியவை உயிரினத்தை, யாந்திரிக (அடிகள், சிராய்ப்பு, அழுத்தம்) மற்றும் இயற்பியல் (தட்ப வெப்ப விளைவுகள்), வேதியியல் தூண்டல்களி லிருந்து பாதுகாக்கிறது. அமிலப் பிரதிவினை கொண்ட சருமத்தில் தண்ணீர்—கொழுப்புப் போர்வை, நுண்கிருமிகள் உட்புகுவதைத் தடுத்து வேதியியல் பொருட்களின் விளைவுகளைப் பயனற்றதாக ஆக்கிவிடுகிறது. செபேஷியஸ் மற்றும் வியர்வை சுரப்பிகளின் சுரப்பு களுக்கு கிருமிகளை அழிக்கும் குணம் உண்டு. முட்செல்களின் மேல் வரிசைகள் இடைவிடாது உரிந்து கொண்டிருப்பது, சருமத்தின் நச்சு நீக்கு விளைவை ஊக்குவிக்கிறது. எபிடெர்மிசின் செல்களில் உற்பத்தியாகும் மெலனின் நிறமி, மால்பிஜியன் அடுக்கை கதிர் வீச்சு அம்சங்களில் இருந்து பாதுகாக்கிறது. சருமத்தில் குறைந்த வெப்பக் கடத்தல் இருப்பதால் மிகையாகக் குளிரடைவதிலிருந்தும், மிகையாக வெப்பமடைவதிலிருந்தும் உயிரினம் பாதுகாக்கப்படு கிறது.

சருமத்தின் பிரதிவினை புரியும் தன்மையும், உயிரினத்தின் பாதிப் பின்மை குணங்களும், சருமத்தின் தற்காப்புப் பணியுடன் இணைந் துள்ளது. நரம்பு மண்டலம் மற்றும் உள் உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றின் நாட்பட்ட வியாதிகளால் குழந்தைகள் மற்றும் வயது வந்தவர்கள் ஆகியோரின் பாதிப்பின்மை (எதிர்ப்புசக்தி) குறைகிறது. பிரதிவினை புரியும் தன்மை குறையவோ கூடவோசெய்கிறது. இதனால் தான் பல்வேறு சரும நோய்களை (பையோடெர்மா) எளிதில் தோன்றி, விரைவில் முற்றுகின்றன.

சருமம் ஒரு கூருணர்வுறுப்பு. சருமத்தில் பல்வேறு நரம்பு இழை களும், நரம்பு அமைப்புகளும் காணப்படுவதால், புறச் சூழ்நிலை களில் இருந்து உருவாகும் தூண்டல்களை, சருமம் உரை முடிகிறது. அவற்றை நரம்பு மண்டலத்திற்கு உடனே கடத்துகிறது. இந்தத் தூண்டல்கள் (சமிக்ஞைகள்) பெரு மூளைப் புறணியில் உணர்வுகளாக (வலி, தொடல், அழுத்தம், தட்ப வெப்பம் முதலியன) மாற்றப்படு கின்றன. மனிதனின் புலனுறுப்புக்களும் (பார்வை, செவிப்புலன், நுகர்வு) சருமத்தின் தொடு உணர்வும், இணைந்து இருப்பதால் சுற்றுப்புறத்திற்கு ஏற்ப தன்னைத் தக அமைத்துக் கொள்ள மனித னால் முடிகிறது.

சுரப்பு மற்றும் வெளியகற்று பணிகள். செபேஷியஸ் மற்றும் வியர்வைச் சுரப்பிகள் கீழ்க்கண்டவற்றைச் சுரக்கின்றன: அங்கக, அனங்ககப் பொருட்கள், தாது வளர்சிதை மாற்ற வினைபொருட்கள், மாவுப் பொருட்கள், வைட்டமின்கள், ஹார்மோன்கள், என்சைம்கள் மற்றும் பெருமளவில் தண்ணீர் **வளர்சிதை மாற்ற நிகழ்வுகளில்** சருமத்தின் பங்கை மேற்கூறியது நிர்ணயிக்கிறது. மிகையான உடற்பிரயாசையின் போதும், கூடுதலான காய்ச்சலின் போதும், சகஜமாக வெளிப்படும் 300—800 மி.லி. வியர்வைக்குப் பதிலாக 2—4 லிட்டர்கள் வியர்வை வெளியேறுகிறது. செபேஷயஸ் சுரப்பிகள், தினமும் 20கி. சீபத்தை (ஒரு கொழுப்பு சுரப்பு) சுரக்கின்றன.

குழந்தைகளில் வியர்வை சுரப்பிகள் போதிய அளவு வளர்ச்சியடைந்திருப்பதில்லை. இதனால் தான், சரும ஊடுருவல் மூலம் தண்ணீர் அகற்றப்படுகிறது. எபிடெர்மிசின் மெல்லிய முள் அடுக்கு மற்றும் விரிவடைந்த நிண மற்றும் இரத்த நாளங்கள்: அவற்றின் சுவர்களின் மிகையான ஊடுபரவுதன்மை ஆகியவை மேற்கூடிய சருமப் பணிகளுக்கு உதவியாக இருக்கிறது. குழந்தைகளின் சருமத்தில் தண்ணீரும், தாதுப்பொருட்களும் மிகையாக இருப்பதால், செல்கள் மற்றும் இணைப்புத்திசு இழைகள், செல்லிடைப் பொருள் ஆகியவற்றில் வளர் சிதை மாற்றம் துரிதமாக செயல்பட சாதகமாக உள்ளது.

மூச்சுவிடும் மற்றும் கிரகிக்கும் பணி. ஓரளவு ஆக்ஸிஜன், சருமத்தின் மூலம் உட்செல்கிறது. சிறிதளவு தண்ணீரும் கரியமில வாயுவும் சருமத்தின் மூலம் வெளியேற்றப்படுகிறது. நுரையீரல்களின் மூச்சு மண்டலப் பணிக்கு இந்த வகையில் உதவி கிடைக்கிறது. (நுரையீரல்களில் நடைபெறும் வாயுக்களின் பரிமாற்றத்தை ஒப்பிடும் போது, $^1/_{180}$ ஆக்ஸிஜன் கிரகிக்கப்படுகிறது. $^1/_{90}$ கரியமிலவாயு அகற்றப்படுகிறது) வயது வந்தவர்களை விட குழந்தைகளில், இந்தப் பணி தெளிவாகத் தெரிகிறது. சாதாரண சருமத்தின் மூலம், தண்ணீரோ, கடினமான பொருட்களோ கிரகிக்கப்படுவதில்லை. சில வேதியியல் பொருட்களும் மருந்துகளும் (ஈதர், குளோரோபார்ம், சலிசிலிக் அமிலம், அயோடின், பாதரச பைக்குளோரைடு இன்னபிற) எளிதில் கிரகிக்கப்படுகின்றன.

சருமத்தின் தட்பவெப்பக் கட்டுப்பாட்டுப் பணி. இது மத்திய நரம்பு மண்டலத்தின் மூலம் நடைபெறுகிறது. வியர்வை சுரப்பு அதிகமாகும் போதும், சருமத்தின் இரத்த நாளங்கள் விரிவடையும் போதும், வெப்ப வெளிப்பாடு அதிகரிக்கிறது. வியர்வை சுரப்பு குறையும் போதும் இரத்த நாளங்களின் சுருக்கத்தின் போதும் வெப்ப வெளிப்பாடு குறைகிறது. உடலிலிருந்து புறச்சூழ்நிலைக்கான வெப்ப வெளிப்பாடு சருமத்தின் வழியாக நிகழ்கிறது.

சரும நோய்களைத் தவிர்க்க சருமத்தின் சுத்தமும் பராமரிப்பும் மிகவும் இன்றியமையாததாகும். சீபம், மற்றும் வியர்வை, முள்ள டுக்கின் உதிர்ந்த செல்கள், தூசி, துகள் ஆகியவை மனித சருமத் தின் மீது இடைவிடாது படிந்து தேங்கும் போது, தீயபாக்டீரியாக் களின் இனப்பெருக்கத்திற்கான சாதகமான சூழ்நிலைகள் உருவா கின்றன. இதனால் தான் நோய்களைத் தவிர்க்க சருமத்தைச் சுத்த மாக வைத்திருக்க வேண்டியது அவசியமாகிறது. மிஷின் எண்ணை மற்றும் பெட்ரோலியம், தார், மண்ணெண்ணெய், கேசோலின் போன்ற பொருட்களை தொழில் வழியில் கையாளுபவர்கள். மிக்க கவனத்துடன் தங்களது சருமப் பாதுகாப்பைப் பேண வேண்டும். உறுத்தல் பொருட்களைத் தீங்கற்றதாக நீக்கி, சிறிய காயங்களுக்கு உடனடி சிகிச்சை செய்ய வேண்டும். சருமப் பாதுகாப்புக்கென மாவு களும், களிம்புகளும் உள்ளன. (ஸெலிஸ்கி, கோசர்கின் போன்ற பலர் பரிந்துரைத்த ஹ்னோத்—1, பி எம்—1, நேயிர் கையுறை களும் உதவுகின்றன) எளிய காயங்களுக்கு, பிரில்லியன்ட்கிரீன் அல் லது அயோடின் கொண்ட சாராயக் கரையம் 1—2% அல்லது எதிர் உயிர் மருந்துகள் கலந்த களிம்புகள் ஆகியவற்றை பயன்படுத்தலாம். திறந்த சருமப்பகுதிகளும், சருமமடிப்புகளும்தான் விரைவில் அழுக் கடைகின்றன. இந்தப் பகுதிகளில் பணிபுரியும் மருத்துவப்பணியா ளர்கள் துளியல் குளியல் அறைகளையும், சுத்தம் செய்யப்படும் அறைகளையும் நன்கு கண்காணிக்க வேண்டும். வேலையாளர்களின் சருமம் நன்கு சுத்தம் செய்யப்பட வேண்டும். மிக நுண்ணிய காயங் களுக்கு உரிய நேரத்தில் சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

வெயில் காய்தல் மற்றும் சுத்தமான காற்று, காற்றுக்குளியல் கள், நகச்சூடு தண்ணீர் கழுவல் ஆகியவை மனிதனின் உடலை வலுப் படுத்தி சுகாதாரமான சருமத்தின் மீது நல்லவிளைவை உண்டாக்கு கிறது. அமில காரமற்ற சோப்புகளை, சுகாதாரமான சருமத்தை சுத்தம் செய்ய உபயோகிப்பது நல்லது. உலர்ந்த சருமம் கொண்ட வர்களுக்கும், குழந்தைகளுக்கும் மிகையாகக் கொழுப்பு கொண்ட சோப்புகளை (லெனோலின் மற்றும் கிளிசரைன், தார் ஆகியவை கலந்தது அல்லது குழந்தைகளின் சோப்பு) பயன்படுத்துவது நல்லது. முகத்தில் உலர்ந்த சருமம் கொண்ட ஒருவன் சோப் இல்லாமல் முகத்தைக் கழுவுவது பயன் தரும்.

சரும பால் விளை நோய் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்ட எல்லா நோயாளிகளையும் நன்கு பரிசோதிப்பது செவிலியரின் கட மையாகும். பேன் முட்டைகள் அல்லது பேன்கள் காணப்பட்டால், ரோமத்தை ஒட்ட வெட்டி விடுவது நல்லது. முழுமையாக மொட் டையடித்து விட வேண்டும், பொட்டாசியம் (''கே'' சோப்) அல்

லது குளைாரோபீனோதேன் (டி.டி.டி. சோப்) கொண்ட சோப்புக்களால் உடலின் ரோமம் மிகுதியாக உள்ள எல்லாப் பகுதிகளையும் கழுவுவது அவசியமாகும்.

திருப்திகரமான நிலையில் உள்ளவர்களும், பயோடெர்மா மற்றும் காளான் நோய் இல்லாதவர்களும் துளிக்குளியல் எடுக்கலாம். தீவிரமான நோய் நிலையில் உள்ளவர்களைக் குளிப்பாட்டி விட வேண்டும். பலவீனமான நோயாளிகளை குளியல் தொட்டியினுள் முக்கியெடுத்து ஒருவிரிப்பில் கிடத்த வேண்டும்; செவிலியரின் கண்காணிப்பில்லாமல் மருத்துவ உதவியாளர்களில் ஒருவர், நோயாளியை குளிப்பாட்டி விடலாம். தீவிர நிலைகளின் போது செவிலியர்களும் உதவலாம். துளிக்குளியலோ அல்லது குளியலோ கொடுக்கப்படக் கூடாத நிலையின் போது (பையோடெர்மா, உடல் மற்றும் கால்கைகளின் காளான் நோய்கள், பிட்டிரியாசிஸ் ரோசியா முதலியன) சூடஸ்பிரிட்டில் தோய்க்கப்பட்ட பஞ்சுத்துணியாலோ அல்லது வெப்பநீரில் தோய்த்த துண்டாலோ, சுகாதார சருமப் பகுதிகளைக் கழுவி உலர்த்த வேண்டும்.

நோயாளிகள் சரும சுகாதாரம் பற்றிய நியதிகளை மீறாமலிருக்க கண்காணிக்க வேண்டியது செவிலியர்கள் மற்றும் உதவியாளர்களின் கடமையாகும். அத்தகைய நியதிகளைஅவர்களும் கறாராகப் பின்பற்ற வேண்டும்.

சருமம் மற்றும் பால்விளை நோய்களின் பொது அறிகுறிகள்

சருமம், மற்றும் பால்விளை நோய்கள் உயிரினத்தின் முழுமையான ஒரு வியாதியாகும். சருமம் மற்றும் சிலேட்டுமப்படலம் ஆகியவற்றில் நைவுகள் தோன்றுவதோடல்லாமல், பல்வேறு பொது அறிகுறிகளும் காணப்படுகின்றன. புறவய, அகவய அறிகுறிகளும் காணப்படுகின்றன. **அகவய அறிகுறிகளாவன:** சொரிதல், வலி, குளிர், குளிர்நடுக்கம், எரிச்சலுணர்வு, இறுக்கப்படிக்கும் தன்மை, மரத்துப் போல் பதட்டநிலை.

புறவய அறிகுறிகள் சருமத்தின் நிறத்தையும், நெகிழ்வுத் தன்மையையும் பாதித்து **கொப்புளங்களாக** வெளிப்படுகின்றன. கொப்புளங்கள் அழற்சி சார்ந்தும் அழற்சி சாராதும் இருக்கின்றன. சருமம் மற்றும் பால்விளை நோய்களில் தோன்றும் பெரும்பாலான கொப்புளங்கள் அழற்சி சார்ந்தே உள்ளன. கட்டிகள் மற்றும் மைக்யூல்கள் (நிறுப்புள்ளிகள்) சூம்பியநிலை, மிகையாகக் கடினமடைந்த சரும நிலை ஆகியவை அழற்சி இல்லாது உள்ளன.

சருமக் கொப்புளங்களில் தனித்தனியான அமைப்பியல் நைவுகள் காணப்படுகின்றன: முதல் நிலை, 2—ம் நிலை, தொடர்நிலை.

முதல் நிலை அமைப்பியல் நைவுகள் சாதாரணமான சருமத்தில், ஒரு அக அல்லது புறத்தூண்டல்களுக்கு உடனடியாக சருமத்தில் பிரதிவினையாக முதன் முதலில் தோன்றுகின்றன. முதல் நிலை நைவுகளைத் தொடர்ந்து விளையும் நைவுகளை 2ம் நிலை அல்லது தொடர்நிலை அமைப்பியல் நைவுகள் என்கிறோம்.

சருமத்தில் தோன்றும் நோய்குறியியல் மாற்றங்களின் நிகழ்வு களின் ஒருங்கிணைந்த தன்மையைப் பொறுத்து நைவுகளை முதல் நிலை, இரண்டாம் நிலை எனப் பாகுபாடு செய்வது பொருந்தும்.

முதல் நிலை அமைப்பியல் நைவுகள்

முதல் நிலை நைவுகளில் ஊடுருவு வகை மற்றும் நீர்கசியும்வகை பிரித்தறியப்படுகின்றன. ஊடுருவு வகையில் மேக்யூல், பேப்யூல், ட்யூபர்கின், கழலை ஆகியன அடங்கும். நீர் கசிவு வகையில் கொப் புளம், பெருங்கொப்புளம், சீழ் கொப்புளம், வட்டநைவு ஆகியவை அடங்கும்.

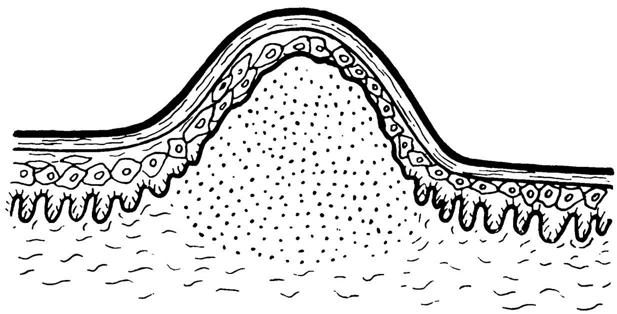
மேக்யூல் என்பது சருமநிறத்தில் ஏற்படும் தலமாற்றங்களைக் குறிக்கும். இது சருமப்பரப்பை ஒட்டியே இருக்கும். தன்மையிலும் சருமத்தைப்போன்றே இருக்கும்.

நாளம் சார்ந்த மற்றும் நிறமி சார்ந்த மேக்யூல்கள் பிரித்தறியப் படுகின்றன. நாளம் சார்ந்தவை அழற்சியுடனோ, அழற்சியின்றியோ காணப்படுகின்றன. அழற்சியுடன் கூடிய நாள மேக்யூல் வகையில் பல்வேறு அளவில் சருமம் சிவந்து காணப்படுகிறது. இவை அக மற்றும் புறத்தூண்டல்களால் உண்டாகின்றன. முதலில் இளஞ்சிவப் பாக இருப்பது பின்னர் நீலநிறமாகவோ, கபில நிறமாகவோ மாறு கிறது. விட்டத்தில் 1—2 செ.மீ. அளவு உள்ள இளஞ்சிவப்புப் புள்ளியை ரோசியோலா என்கிறோம். (இது கிரந்திநோய் மற்றும் தட்டம்மை, சிவப்புநிறக்காய்ச்சல், டைபாய்டுகாய்ச்சல் முதலியன வற்றிலும் காணப்படுகிறது) மிகப் பெரிய ஒன்றை எரிதிமா என்கி றோம். (சரும அழற்சியிலும், சூரிய கிரணங்களால் பாதிக்கப்பட்ட சருமங்களிலும், எரிதீமா காணப்படுகிறது).

சரும இரத்த நாளங்கள் நிரந்தரமாக விரிந்திருப்பதன் விளை வாக அழற்சியற்ற இரத்த நாள மாக்யூல்கள் உண்டாகின்றன. அவை பிறவியிலேயே இருக்கலாம். (உடல் மச்சங்கள்), அல்லது பெறப்பட் டவையாக இருக்கலாம் (டீலான் செக்டேசியா).

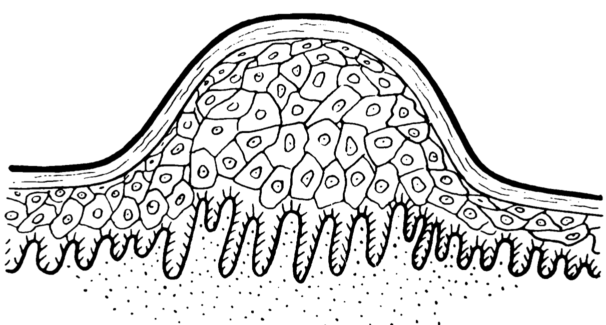
இரத்த நாளங்களில் இருந்து இரத்தம் கசிந்து சருமத்திசுக்களி னுட் புகும்போது குருதிப்பெருக்கு மேக்யூல்கள் தோன்றுகின்றன. இவை முதலில் சிவப்பாக இருந்து பின்னர், ஹீமோகுளோபின் சிதைவால் நீலமாகவோ, பச்சை மஞ்சளாகவோ மாறுகிறது. அழுத் தினால் அவை மறைவதில்லை.

தலச்சருமப்பகுதிகளில் மெலனின் நிறமி குறைவாக இருந்தால் அல்லது அதிகமாக இருந்தால் நிறமிப் புள்ளிகள் தோன்றுகின்றன. அவை பிறவியில் இருந்தே இருக்கலாம். (மச்சங்கள்: நிறமி மிகையாக இருக்கும்போது; அல்பினிசம்: நிறமிகள் குறைவாக இருக்கும்போது) அல்லது நிறமிப்புள்ளிகள் பெறப்பட்டவையாக இருக்கலாம் (வடுக்கள், குளோஸ்மா இங்கு நிறமிகள் அதிகமாகக் காணப்படுகின்றன. விடிலைகோ—நிறமி குறைவாக இருப்பது).



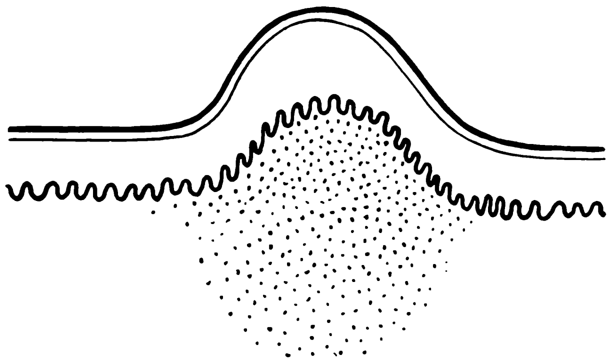
படம் 40. தோல் பேப்யூல் (வரைபடம்)

பேப்யூல் என்பது சருமத்தின் ஒரு பகுதி கடினமாக தடித்து இருக்கும் ஊடுருவல் வகையைச் சார்ந்தது. இதில் குழிவு இல்லை, எஞ்சிய பின் விளைவு எதுவுமின்றி மறைகிறது. அல்லது சிறிது



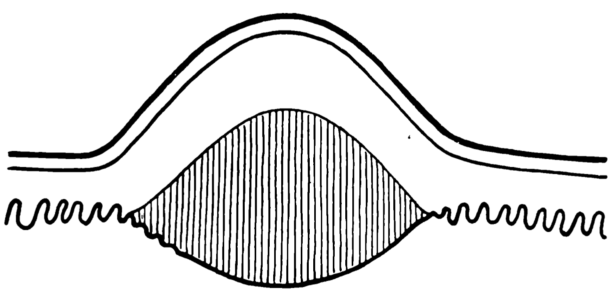
படம் 41. எபிடெர்மிசு—டெர்மிசு பேப்யூல் (வரைபடம்)

நேரத்திற்கு வண்ணத்தை விட்டுச் செல்கிறது. எபிடெர்மிசில் காணப் படுவதை எபிடெர்மபேப்யூல் என்றும் டெர்மிசில் காணப்படுவதை



படம் 42. ட்யூபர்கிள் (வரைபடம்)

டெர்மபேப்யூல் என்றும் அழைக்கிறோம். (படம் 40) அடிக்கடி ஒரே சமயத்தில் எபிடெர்மிசிலும், டெர்மிசிலும் தோன்றும் நிகழ்வை எபிடெர்ம—டெர்மிசு பேப்யூல் என்கிறோம். (படம் 41) அழற்சியுடன் ஊடுருவல், குருதித் தேக்கம், வீக்கம் ஆகியவையுடன் அழற்சி பேப்யூல்கள் தோன்றுகின்றன. (கிரந்திநோய், சோரியாசிஸ், எக்சிமா) சருமத்தின் எந்த அடுக்காவது கடினமடைந்தால் அழற்சியற்ற

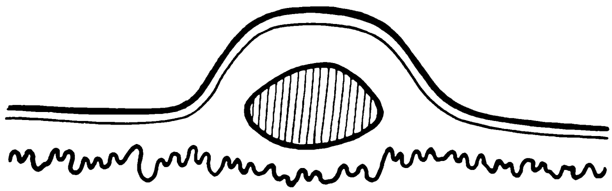


படம் 43. கொப்புளம் (வரைபடம்)

பேப்யூல்கள் உண்டாகின்றன. (கரணைகள் முதலியன). பேப்யூல்களின் அளவு, ஒரு குண்டூசித்தலையிலிருந்து (நுண்ணிய பேப்யூல்கள்) மொச்சை கொட்டை (மொச்சை வகை) உள்ளிட்டு பெரிய நாணயங்களின் அளவுவரை (வட்டத்தகடுபேப்யூல்கள்) இருக்கிறது. இவை அனைத்துமோ, ஒரு சிலவோ சேர்ந்து இருப்பதை பிளாக் (வீக்கத்தழும்பு) என்கிறோம்.

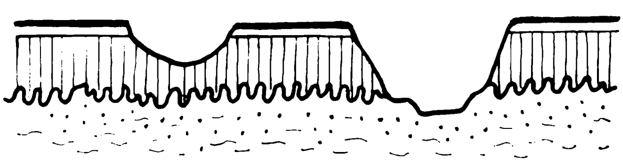
ட்யூபர்கிள் என்பது சரும ஊடுருவிய தடிப்பாகும். இதிலும் குழிவு காணப்படுவதில்லை. பேப்யூலை விட ஆழத்தில் அமைந்துள்

ளது. (படம் 42) சிதைவு மாற்றங்கள் தோன்றுவதால், இரண்டாந் தர மாற்றங்கள் நிகழ்ந்து ஒரு வடுவோ அல்லது வடுசார்ந்த சூம்பலோ, சருமத்தில் காணப்படுகிறது.

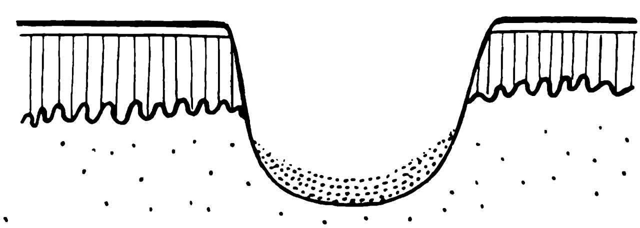


படம் 44. மேலெழுந்த வாரியான சீழ் கொப்புளம் (வரைபடம்)

கழலை என்பது அழற்சியுடனோ, அழற்சியின்றியோ காணப்படலாம். அழற்சியுடன் கூடிய கழலை, ஒரு மிகப் பெரிய ஊடுருவல் வகையாகும் (மொச்சை கொட்டையிலிருந்து கோழி முட்டை அளவில் இருக்கும்). இது சரும அடிக் கொழுப்பிலிருந்து தோன்றுகிறது. கழலைகள் சிதைவடைந்து புண்ணாக மாறி வடுவாக முடிவடையலாம். (கிரந்திகம்மா, ஸ்குரோபுலோடெர்மா) அல்லது வடுவு எதுவுமின்றி படிப்படியாக கிரகிக்கப்படுகிறது. (லெப்ரோமா).



A



B

படம் 45. அரிப்புப் புண் (A) புண் (B) (வரைபடம்)

அழற்சியில்லாத கழலைகள் பிரிவில், லைபோமா, மற்றும் [illegible] ரோமா, சருமப்பற்றுக் கட்டிகள் அடங்கும்.

கொப்புளம் என்பதில் நீர்கசிவு கொண்ட குழிவு நைவு காணப் படுகிறது. சருமம் சிறிது வீக்கமடைகிறது. குண்டூசி தலையிலிருந்து மொச்சைக் கொட்டை அளவு வரை அளவில் கொப்புளம் மாறுபடு கிறது. இதில் தெளிவான திரவம் காணப்படுகிறது. (படம் 43) கொப்புளங்களின் மேலுரை சிதைந்தபின்னர் புண்களும் பொடு குகளும் உண்டாகின்றன.

பெருங்கொப்புளத்தில் நீர்கசிவு கொண்ட குழிவு நைவு, தெளி வான திரவத்துடன் காணப்படுகிறது. மிகவும் பெரிதாக இருக் கிறது. (பெரிய கொட்டை அளவிலிருந்து கோழி முட்டை அளவு) கொப்புளங்களைப் போன்று சீரடைந்த பின்னர் தழும்பு இருப்ப தில்லை.

சீழ் கொப்புளம் என்பதில் சீழ் கொண்டு காணப்படுகிறது. இந்த நைவுகள் மேலெழுந்த வாரியாக இருக்கலாம். (இம்பெடைக்கோ) எபிடெர்மிசில் காணப்படுகிறது. (படம் 44) இவை சீரடையும் போது தளும்பு காணப்படுவதில்லை. ஆழமாக இருந்து டெர்மிசை யும் பாதித்தால் (எக்தீமா) சீரடையும் போது, தளும்பு உண்டா கிறது.

வட்ட நைவு எனப்படும் வீல், குழிவு இல்லாத சருமத்தடிப்பு கொண்ட நீர்க்கசிவு நைவாகும். சருமத்தின் பேப்பில்லரி அடுக்கின் வீக்கமாக, அது தோன்றுகிறது. அதன் அளவு, பட்டாணிக் கடலை அளவிலிருந்து உள்ளங்கை அளவு வரை மாறுபடுகிறது. இதன் மேலே யுள்ள சருமம் சிவப்பாகவோ, இளஞ்சிவப்பாகவோ வெண்மையா கவோ இருக்கிறது. வட்டநைவு, துரிதமாக உருவாகி ஒரு சில மணி நேரங்கள் அல்லது சில நிமிடங்களில் எஞ்சிய அறிகுறி எதுவுமின்றி மறைந்து விடுகிறது. வட்ட நைவுகளுடன் சரும அரிப்பும் இருக் கிறது.

இரண்டாம் நிலை அமைப்பியல் நைவுகள்

முதல் நிலை நைவுகள் உருவாகும் போதே, இரண்டாம் நிலை நைவுகளும் உண்டாகின்றன. இத்தகைய நைவுகளாவன: வண்ண மாற்றங்கள், செதில்கள், பொடுகுகள், புரைப்புண்கள், பிளவுகள், அரித்தபுண், வடுக்கள், சூம்பல், லைகன், போன்று கடினமடைதல்.

முதல் நிலை நைவுகள் (கழலைகள், ட்யூபர்கிள்கள், கொப்புளங் கள், சீழ் கொப்புளங்கள்) மற்றும் இரண்டாம் நிலை நைவுகள் (அரிப்புகள், புண்கள்) மறைந்தவுடன் நிறமிகள் துரிதமாக படிவ தால் **வண்ண மாற்றம்** ஏற்படுகிறது. இரண்டாந்தர வண்ணமாற்றப் புள்ளிகள், முன்னதைப் போன்றே அளவிலும், வடிவத்திலும் இருக் கின்றன.

செதிள்கள். இவை, முள் அடுக்குகளின் உதிர்ந்த தகடுகளாகும். முள்ளடுக்க செல்கள் துரிதமாக உதிர்ந்து வெளிப்பட்டால் அதை தோலுரிவு என்கிறோம். செதிள்கள், மாவு அல்லது தவிடு போன்று இருக்கலாம். அல்லது மிகப் பெரிய தகடுகள் போன்று இருக்கலாம்.

பொடுகு என்பது புறங்கசிந்த உலர் பொருளாகும். கொப்புளங்கள் மற்றும் பெருங்கொப்புளங்கள், சீழ் கொப்புளங்கள், அரித்த புண்ணின் வெளிப்பாடு, புண்கள், சிராய்புகள் ஆகியவை உலரும் போது, பொடுகுகள் உண்டாகின்றன. அதுபோன்றே ட்யூபர்கிள்களும், கழலைகளும் புண்ணடையும் போது பொடுகுகள் உருவாகின்றன. வெளிப்படும் பொருளின் தன்மையைப் பொறுத்து அது இரத்தமாகவோ, சீழாகவோ, இரத்தமும் சீழும் கலந்ததாகவோ, இரத்த வடி நீராகவோ இருக்கலாம்.

புரைப்புண்கள் எபிடெர்மிஸ் சேதமடையும் போது உண்டாகின்றன (சிராய்ப்புகளின் போது). அவை பொதுவாக நீளமாகவே இருக்கின்றன.

பிளவு என்பது நெகிழ்வுத் தன்மையை இழந்த சருமம் அளவுக்கு மீறி விரிக்கப்பட்டால் கிழிபடும் போது உண்டாகிறது. உலர்ந்த சருமமும், அழற்சியடைந்த சருமமும் **பிளவடையலாம்.** இது மேலெழுந்த வாரியாகவோ (**எபி**டெர்மிசை ஊடுருவாமல்) அல்லது ஆழமாகவோ (டெர்மிசையும் பாதித்து) இருக்கலாம்.

அரிப்புப்புண் என்பது எபிடெர்மிசை பாதிக்கும் ஒரு மேலெழுந்தவாரியான பாதிப்பு ஆகும். இதில் ஜெர்மினேடிவ் அடுக்கு பாதிக்கப்படுவதில்லை. (படம் 45 A) கொப்புளங்கள் மற்றும் பெருங்கொப்புளங்கள், சீழ் கொப்புளங்கள் உடைபட்டால் அரிப்புப்புண் உண்டாகிறது. அரிப்புப் புண்கள், வடு எதுவுமின்றி சீரடைகின்றன.

புண் என்பது எபிடெர்மிசையும் டெர்மிசையும் பாதிக்கும் ஒரு ஆழமான பிளவாகும். (இதைவிடவும் ஆழமாக இருக்கலாம்) (படம் 45B) ட்யூபர்கிள்கள் மற்றும் கழலைகள், சீழ் கொப்புளங்கள் ஆகியவை உடைபடும்போது புண்கள் உண்டாகின்றன. அவை சீரடையும் போது தழும்புகள் காணப்படுகின்றன.

ஒரு **வடுவில்** நார்ப்பொருள் கொண்ட இணைப்புத் திசு காணப்படுகிறது. சருமத்தின் ஆழமான பிளவுகளில் இவை காணப்படுகின்றன (ஒரு புண், கழலை அல்லது ட்யூபர்கிளின் பின்விளைவாக).

சருமத்தில் வடுவுடன் கூடிய சூம்பல், ஊடுருவும் பொருள் படிப்படியாக சிதைவதால் உண்டாகிறது (ட்யூபர்கிள்கள் மற்றும் கழலைகள் உள்ள இடங்களில்). இது புண்ணாக மாறாமல், இணைப்புத் திசுவால் ஈடு செய்யப்படுகிறது.

முரடான, கடினமான, உலர்ந்த வண்ணங்கொண்ட சருமத்தையே **லைகன் சருமம்** (கடினச் சருமம்) என்கிறோம். சருமத்தின் அமைப்பும், அதன் பள்ளங்களும் மிகையாகத் தோன்றுகின்றன. சருமத்தின்

எல்லா அடுக்குகளும் ஊடுருவப்படுவதால் இந்த நிலை உண்டா கிறது.

பேப்யூல்கள் மற்றும் புண்கள், அரிப்புப் புண்கள் ஆகியவற்றின் மீது தோன்றும் பேபிலிலரி வளர்ச்சிகளை **வளர்ச்சிப்புண்கள்** என் கிறோம்.

சருமம் மற்றும் பால்விளை நோய்களில் சரும வெளிப்பாடு ஒரே வகையான அமைப்பியலைக் கொண்டுள்ளன. ஒரே மாதிரி யான அமைப்பியல் நைவுகள் தோன்றுகின்றன, (கிராந்திநோயில் ட்யூபர்கிள்கள், சோரியாசிஸ், கிரந்தியின் ரோசியோலா, கரணை கள்) அல்லது பல்வகையான அமைப்பியல்களைக் கொண்டும் இருக் கலாம். நோய்களுமே ஒரே வகையான அமைப்பியல் கொண்டு நோய்க்காலம் பூராவுமே ஒரு முதல் வகை நைவு தோன்றுகிறது, (சோரியாசிஸ், அர்டிகேரியா, வேனைற்கட்டி, ஹைட்ரடினைடிஸ்) அல்லது பல்வகை அமைப்பியலின் போது ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட முதல் வகை நைவுகள் தோன்றுகின்றன. (எக்ஸிமா, இரண்டாந்தர கிரந்தி நோய், தொழு நோய் முதலியன).

தோல் மற்றும் பால்விளை நோய் நிர்ணயத்தின் பொது நியதிகள்

மருத்துவ வரலாறு மற்றும் மருத்துவப்பரிசோதனை முடிவுகள், நோயாளியின் பொது உடல் நலம், நரம்பு மண்டலம் மற்றும் உள்ளு றுப்புக்களின் நிலை, சருமம் மற்றும் சிலேட்டுமப்படலக் பரிசோத னை முடிவுகள், வழக்கமான மற்றும் சிறப்பு ஆய்வகப் பரிசோதனை முடிவுகள் ஆகியவற்றைக் கொண்டு, சரும நோய் நிர்ணயிக்கப்படு கிறது.

மருத்துவ வரலாற்றைப் பற்றி ஆராயும்போது முந்தைய நோய் கள் மற்றும் மனபாதிப்பு, வாழ்க்கைத்தரம், போஷாக்கு, தொழில் வழி அம்சங்கள், தட்பவெப்ப விளைவுகள், நோயூக்குவதற்குச் சாத கமான மற்ற அம்சங்கள் ஆகியவற்றை மனதில் கொள்ள வேண்டும். கிரந்தி அல்லது வெட்டை நோய் ஆகியவை கொண்டுள்ளவர்களின் மருத்துவ வரலாற்றைக் கணக்கிலெடுக்கும்போது கவனத்துடன் செயல்பட வேண்டும்.

நரம்பு மண்டலம் மற்றும் உள்ளுறுப்புக்களை ஆராயும்போது புறவயபுகார்களையும் கணக்கிலெடுக்க வேண்டும். அகவய அறிகுறி கள் தாமாகவே வெளிப்படுகின்றன (செவிலியர்களுக்கான அங்கீ கரிக்கப்பட்ட பாடப்புத்தகங்களில், இந்த பிரச்சனைகள் விபரமாகக் கொடுக்கப்பட்டுள்ளன).

தோலைப் பொதுப்படையாகப் பரிசோதிக்கும் போது அதன் நிறம், தன்மை, நெகிழ்வுநிலை, வியர்வை மற்றும் செபேஷியஸ்

சுரப்பிகளின் நடவடிக்கை, தோலின் உட்கூற்றியல், ஹைபோடெர் மிசின் நிலை, கண்ணுக்குத்தெரியும் சிலேட்டுமப் படலங்கள் ஆகிய வைபற்றியும் ஆராய வேண்டும். நல்ல வெளிச்சத்தில், குறிப்பாக பகல் வெளிச்சத்தில், சருமமும், சிலேட்டுமப்படலங்களும் பரிசோ திக்கப்பட வேண்டும்.

டாக்டரின் அறிவுரையைப் பெறச் சென்ற நோயாளியின் வெடிப் புகள் ஆராயப்படுகின்றன. வெடிப்பின் தல நிலை, அதன் தன்மை (தலத்தில் உள்ளதா, பொதுவாக உள்ளதா, பெரும்பாலான சருமத் தில் பரவலாக உள்ளதா, சருமத்தின் முழுப்பகுதியும் பாதிக்கப்பட் டுள்ளதா) ஆகியவை கணக்கிலெடுக்கப்பட வேண்டும். உடலின் இரண்டு பக்கங்களிலும் ஒரே மாதிரியாக வெடிப்பு ஏற்பட்டுள்ளதா அல்லது ஒரு பக்கத்தில் மட்டும் இங்குமங்குமாக வெடிப்பு காணப்படு கிறதா என்பதையும் கவனிக்க வேண்டும்.

இந்த நிகழ்வு அழற்சியின் பால்பட்டதா அல்லது அழற்சியற்ற நிலையில் உள்ளதா என்பது அடுத்தபடியாக நிர்ணயிக்கப்படுகிறது. அழற்சிப் பிரதிவினை அதிதீவிரமானதாகவோ (பிரகாசச் சிவப்பு) அல்லது தீவிர நிலை இல்லாததாகவோ இருக்கலாம்.

முதல் நிலை மற்றும் இரண்டாம் நிலை நைவுகளை நிர்ணயிக்க வேண்டும். அதன் நிறம், மற்றும் வடிவம், வரம்பு, அமைப்பு, தன் மை, பரப்பின் தன்மை ஆகியவற்றைக் கவனிக்க வேண்டியது மிகவும் முக்கியமாகும். நைவுகள் கூட்டமாக இருக்கின்றனவா, தனித்தனி யாக இருக்கின்றனவா, என்பதையும் அவை வளர்ச்சியடைந்து பெருகும் தன்மை கொண்டுள்ளனவா என்பதையும் கவனிக்கப்பட வேண்டும். வெடிப்பு, ஒரே வகையைச் சேர்ந்ததா அல்லது பல்வேறு அமைப்பியல் வகையைச் சார்ந்ததா என்பதை நிர்ணயிப்பதும் அவ சியமாகும். உண்மையான பல்வேறு அமைப்பியல் வகையில் இரண்டு, மூன்று முதல் வகை நைவுகள் (மேக்யூல்கள், கழலைகள், கொப்புளங் கள்) ஒரே சமயத்தில் காணப்படுகின்றன. அதே போது போலி பல் வேறு அமைப்பியல் வகையில் வெடிப்பில் பல்வேறு இரண்டாம் தர நைவுகள் (புண்கள், பொடுகுகள், தழும்புகள்) காணப்படுகின் றன.

அமைப்பியல் நைவுகளின் விபரமான தன்மைகளைக் கொண்டு இந்த நோய் நிர்ணயம் பெரும்பாலும் எளிதாகிவிடுகிறது.

கூர்ந்து நோக்குதலைத் தவிர, தொட்டுப்பார்த்தல், நைவுகளை உராய்ந்து பார்த்தல், பணிக்கூற்று ஆய்வு, சருமப்பரிசோதனைகள் ஆகியவையும் கையாளப்படுகின்றன.

வழக்கமான பரிசோதனை முறைகளில் இரத்தப் பரிசோதனை மற்றும் சிறுநீர் பரிசோதனை, மலப் பரிசோதனை, இரைப்பைச் சுரப்பு ஆய்வு, ஆகியவை அடங்கும். சிறப்புப் பரிசோதனைகளில் கீழ்க்கண்டவை அடங்கும். கிரந்தி நோய்க்கான டிரிபனீமாபல்லிடம்,

வெட்டை நோய்க்கான கோனோகாக்கை கிருமி, தொழுநோய்க்கான மைகோபேக்டீரியம் லெப்ரா கிருமி, காளான்கள் (டெர்மடோமைகோஸிஸ்) ஈஸ்ட்கள் (காண்டிடியா நோயில்) இரத்தப் பரிசோதனைகள், பெரு மூளைத்தண்டுவட நீர் பரிசோதனை, செல்லியல் பரிசோதனைகள் முதலியன.

II. சிறப்புப் பகுதி

சரும நோய்கள்

சரும நோய்களின் காரணங்கள்

நரம்பு மண்டலம், மற்றும் உள்ளுறுப்புக்கள், நாளமில்லா சுரப்பிகள் ஆகியவற்றின் பணிகளில் கோளாறுகள் ஏற்படும் போது சரும வியாதிகள் தோன்றுகின்றன.

சரும நோய்களும் மனிதனின் பணிகளைப் பாதித்து நரம்பு மண்டலக் கோளாறுகளையும் (சரும அரிப்பு முதலியன) உள் உறுப்புக்களின் சீர்கேட்டையும் தோற்றுவிக்கின்றன.

இவற்றை உயிரினம் முழுமையாகப் பாதிக்கப்படும் ஒரு பொது நிகழ்வு எனக் கொள்ள வேண்டும். தோல் நோய்களின் அக மற்றும் புறக் காரணிகளையும் பிரித்தறிய வேண்டும்.

புறக் காரணிகள்

தோல் நோய்களின் புற காரணங்கள் வருமாறு:

1. புரைப்புண்கள் மற்றும் உறுத்தல் சருமம் ஆகியவற்றைத் தோற்றுவிக்கும் **யாந்திரீக விளைவுகள்** (உராய்வு, அழுத்தம்). இதன் மூலம் சருமத்தை ஊடுருவி கிருமிகள் உட்செல்கின்றன. (பையோடெர்மா, சரும மடிப்புகளின் காண்டிடியாசிஸ், எபிடெர்மோபைடோசிஸ் முதலியன);

2. சுற்றுப்புற பௌதீக அம்சங்கள்: தட்ப வெப்ப மாற்றங்களின் விளைவு (சுட்ட புண்கள், உறைபனிதாக்குதல், குளிர் கொப்புளம்) சூரிய கிரணங்கள் மற்றும் புற ஊதா கதிர் வீச்சு, எக்ஸ் கதிர்கள், போன்றவை (சரும அழற்சி, எக்ஸீமா, புற்று நோய்க் கட்டி);

3. சுற்றுப்புற வேதியியல் அம்சங்கள். இவற்றில் பல, சருமத்தின் மீது நேரடியான தீய விளைவைக் கொண்டுள்ளன. (செறிந்த அமிலங்கள், காரங்கள், அங்ககக் கரைப்பான்கள், எண்ணெய் மற்றும் நிலக்கரி உற்பத்தியின் போதான இடைபொருட்கள்) அல்லது மனிதனை கூறுணர்வு கொள்ளச் செய்பவை (டர்பென்டைன், நிக்

கல், பாதரசம், போன்ற வேதியிய அலர்ஜி ஊக்குவிக்கும் சதனங்கள்). மேற்கூறிய பொருட்களால் எல்லோருக்கும் அலர்ஜி உண்டாவதில்லை. சிலபோது சில மருந்துகளை உட்கொண்டாலோ அல்லது களிம்பைத் தடவினாலோ சரும நோய்கள் (சரும அழற்சி) உண்டாகின்றன;

4. நோயூக்கும் **நுண்கிருமிகள்.** (ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கை, ஸ்டபிலோகாக்கை முதலியன) சில சரும நோய்களை உண்டாக்குகின்றன (பையோடெர்மா, சரும காசநோய் தொழு நோய் முதலியன);

5. நோயூக்கும் **காளான்கள்** (ஒட்டுண்ணிகள்) சருமத்தில் காளான் நோய்களை உண்டாக்குகின்றன. (டிரைகோபைடோபீஸ், மைக்ரோஸ்போரியா, பேவஸ்);

6. விலங்கின **ஒட்டுண்ணிகள்** இவை சருமத்தை ஊடுருவி சரும அரிப்பை (சொறி உண்ணி) உண்டாக்குகின்றன. உண்ணிகள் கடித்த இடத்தில் ஊரல் எடுக்கும்போது அதைச் சொறிவதால் பையோடர்மா நோய் உண்டாகிறது. (பேன்கள், தெள்ளுப்பூச்சிகள், படுக்கை மூட்டைகள், கொசுக்கள், உண்ணிகள்);

7. வடிகட்டக்கூடிய **வைரஸ்கள்:** இவை ஹெர்பிஸ் சிம்ப்ளெகஸ், ஹெர்பிஸ்சாஸ்டர் (அக்கி) கரணைகள், மல்லூஸ்கம் கண்டேஜியோசம் போன்ற வியாதிகளை உண்டாக்குகின்றன.

ஒருபுற அம்சம், ஒருவரில் சரும நோயை உண்டாக்கலாம். மற்றவரில் நோயை உண்டாக்க முடியாது. இது கீழ்க்கண்ட அம்சங்களைப் பொறுத்துள்ளது: மனிதனின் நிலை, நரம்பு மண்டலம் மற்றும் உள்ளுறுப்புக்களின் நிலை, வாழ்க்கைத்தரம், போஷாக்கு நிலை; உடலின் எதிர்ப்பு சக்தியைக் குறைக்கும் மது வகைகள் இன்ன பிற.

அகக் காரணிகள்

சரும நோய்களுக்கான அகக் காரணங்கள் வருமாறு:

1. நரம்பு மண்டலச் சீர்கேடுகள், எக்ஸிமா மற்றும் நரம்பு சரும அழற்சி, சோரியாசிஸ், சரும ஊரல், மற்றும் பல சரும வியாதிகளுக்குக் காரணமாக நரம்பு மண்டலச்சீர் கேடு அமைந்து நோயின் போக்கையும் ஊக்குவிக்கிறது.

செயற்கை முறையால் தோற்றுவித்த நரம்புத்தளர்ச்சியால் நாய்களில் பல்வேறு சரும வியாதிகள் தோன்றுவதை பரிசோதனைகள் மூலம் பிரசித்திபெற்ற ரஷ்ய உடல் இயங்கியலாளர்களான ஐவான் பாவ்லோவும் அவரது மாணாக்கர்களும் (எம். பெட்ரோவ் மற்றும் பலர்) நிரூபித்துக்காட்டினார்கள். சிகிச்சை மூலம் நரம்புத் தளர்ச்சி சீரடைந்ததுடன் சருமநோயும் மறைந்தது.

உளநரம்பு சார்ந்த மனக்காயமும் நரம்பு மண்டலத்தின் அதிக

மான உளைச்சலும், மனிதனில் சரும நோய்கள் உண்டாக்குவதில் பெரும்பங்கு வகிக்கின்றன;

2. வளர்சிதைமாற்றக் கோளாறுகள். உதாரணமாக நீரிழிவு நோய் (மாவுப் பொருள் வளர்சிதை மாற்றக் கோளாறு) கொண்டவர்களில் வேனக் கட்டிகளும், திரஷ் வியாதியும் அடிக்கடி உண்டாகின்றன;

3. நாளமில்லாச் சுரப்பிக் கோளாறுகள். சான்றாக, நிறை இளம் பருவத்தில் தோன்றும் செபோரியாவும், முகப்பருவும், பிட்யூடரி மற்றும் பால் சுரப்பிகளின் கோளாறுகளால் உண்டாகின்றன. கர்ப்பத்தின் போது சோரியாசிஸ் மிகையாகிறது. சரும அழற்சியும் தோன்றுகிறது;

4. உள்ளுறுப்புக்களின் வியாதிகள் (கல்லீரல், இரைப்பை, சிறுகுடல், முதலியன). இதனால் எக்ஸிமா மற்றும் நரம்பு சரும அழற்சி, அர்டிகேரியா ஆகியவை தோன்றுகின்றன. இரத்த உற்பத்தி உறுப்புக்களின் வியாதிகளால் ஹீமோடெர்மியா எனப்படும் ஒருவித நோய் உண்டாகி, அரிப்பும் உண்டாகிறது. குழந்தைகளில் ஒட்டுண்ணி பூச்சிகள் உள்ளிருப்பது நிரந்தரமாக எக்ஸிமாவைத் தோற்றுவிக்கிறது;

5. வைட்டமின்கள் இல்லாமையும், பற்றாக் குறையும், மனிதனில் வைட்டமின் ''சி'' குறைந்தால், சரும நைவுகளும், ஸ்கர்வியும் தோன்றுகின்றன. வைட்டமின் ''பி'' குறைந்தால், பெல்லாக்ரா தோன்றுகிறது. வைட்டமின் ''ஏ'' குறைபாட்டில் சருமக் கோளாறுகள் தோன்றுகின்றன.

சரும வியாதிகளில் பல **அலர்ஜி தன்மை** கொண்டவையாகும். ஒரு குறிப்பிட்ட பொருளுக்கு அல்லது பொருட்களுக்கு ஒரு உயிரினத்தின் கூருணர்வையே அலர்ஜி (ஒவ்வாமை) என்கிறோம். அலர்ஜியை ஊக்குவிக்கும் பொருட்களாவன: சில உணவுப் பொருட்கள், (முட்டையின் வெள்ளை, பெர்ரிபழம், புளிப்புப் பழங்கள் முதலியன) இரசாயனப் பொருட்கள் (நிக்கல், செயற்கை ரெசின்கள்), மருந்துகள் (பெனிஸிலின், ஸ்ட்ரெப்டோமைசீன், சல்பனிலமைடுகள்).

சரும நோய்கள் பலவற்றில் புற மற்றும் அக அம்சங்கள் ஒன்றாக வினைபுரிகின்றன.

சரும நோய்க்கான சிகிச்சையின் பொது நியதிகள்

ஏற்கெனவே குறிப்பிட்டது போல், சரும வியாதிகள் மனிதனின் உடல் நிலையுடன் இணைந்துள்ளது. நரம்பு மண்டல நோய்களுக்கான சிகிச்சை, உள்ளுறுப்புக்கள் மற்றும் நாளமில்லா சுரப்பிகளின் வியாதிக்கான சிகிச்சை, நோய்க் குவியத்துக்கான சிகிச்சை ஆகியவற்றில் கவனம் செலுத்தினால், சருமவியாதி சிகிச்சை வெற்றி

அடையும். வயிற்றுப் பூச்சிகளுக்கு எதிரான சிகிச்சையும் பலன் கொடுக்கிறது நோயின் காரணி தெரிந்து விட்டால், காரணிக்கு எதிரான சிகிச்சை உடனடியாகக் கொடுக்கப்பட வேண்டும் (உதாரணமாக சொறி சிறங்கு சிகிச்சையின் போது, சொறி சிரங்கு பூச்சிகளை அழிக்க வேண்டும்).

ஒரு குறிப்பிட்ட நியதியான சிகிச்சை, பொதுப்படையான சிகிச்சை, களிம்புகள் தடவி சிகிச்சை ஆகிய அனைத்தும் சரும நோய் சிகிச்சையில் அடங்கும்.

பொதுப்படையான சிகிச்சை

பொதுவான சிகிச்சை அளிக்கும் போது, மனிதனின் மீது முழுமையாக, ஒரு விளைவு ஏற்பட வேண்டும்.

சிரை வழியாக ஒரு மருந்தை உட்செலுத்தும்போது சிரையைத் துளையிட வேண்டி உள்ளது. சரும—பால்விளை நோய்ப் பகுதியில் சிரை துளைமூலம் இரத்தம் சேகரிக்கப்படுகிறது. (சுய இரத்த சிகிச்சை, கிரந்தி நோய் நிர்ணயத்திற்கான இரத்தப் பரிசோதனை, உயிர் வேதியியப் பரிசோதனைகள்) பொதுவாக முழங்கையிலுள்ள முழங்கை சிரைகளே துளையிடப்படுகின்றன. எப்போதாவது முன்கை, உள்ளங்கையிலுள்ள சிறிய சிரைகள் துளையிடப்படுகின்றன. இதற்கான வழி முறை வருமாறு: நோயாளி, உட்கார்ந்து கொண்டோ அல்லது படுத்துக் கொண்டோ தனது முழங்கையை நன்கு நீட்டி இருக்கிறான். நன்றாக விறைப்பாக இருக்க, ஒரு மெத்தை, முழங்கையின் அடியில் வைக்கப்படுகிறது. சிரையை துளையிடுவது எளிதாகும். முழங்கைக்கு மேலே மேற்கையில் கயிறு கொண்டு கட்டி சிரையைப் புடைக்கச் செய்ய வேண்டும். இந்த இறுக்குக் கட்டு தமனியில் இரத்த ஓட்டத்தைத் தடை செய்யாது. ஆர தமனியில் நாடித்துடிப்பு இருந்தால், தமனி அமுக்கப்படவில்லை எனத் தெரிந்து கொள்ளலாம். (நாடித் துடிப்பு பலவீனமாக இருந்தால், கயிற்றைத் தளர்த்திவிட வேண்டும். சிரைகள் புடைக்காவிடில் அழுத்து கயிற்றுக்குக் கீழே முன்கையில் இரத்த தேக்க அறிகுறி இல்லையெனில், சருமம் நிறம் மாறாவிடில், அழுத்து கயிறை இறுக்கமாகக் கட்ட வேண்டும்) சிரைகளை நன்கு தெரியச் செய்ய முழங்கையை அடிக்கடி மடக்கி நீட்ட வேண்டும் அல்லது கையை கீழே தொங்கப் போட்டபின் அழுத்துக் கயிறைக் கட்டலாம்.

முழங்கை முன் பள்ளத்தின் அப்பால் பகுதியை சாராயத்தால் நன்கு சுத்தம் செய்ய வேண்டும். மீண்டும் மீண்டும் சருமத்தைத் துடைப்பதால், சருமம் சிவப்படைகிறது. இதன் போது முழங்கைப் பள்ளத்தின் சிரைகளை இடதுகை விரல்களால் தொட்டுப் பார்க்க

லாம். இதன் பின்னர், சருமம் இழுத்து நீட்டப்படுகிறது. இதனால் சிரை மேலும் விரைப்படைந்து, நன்கு தெரிகிறது.

சிரையை இரண்டு கட்டங்களில் துளையிட வேண்டும். ஊசியை வலது கையில் வைத்துக் கொள்ள வேண்டும். (விரைத்த சிரைக்கு இணையாக இருக்க வேண்டும்.) ஒரு கூர்மையான கோணத்துடன் சிரை, துளையிடப்படுகிறது (ஏதோ ஒரு வெற்றிடத்தினுள் நுழைந்த உணர்வு சிரையினுள் ஊசி நுழைந்தவுடன் ஏற்படுகிறது). இரத்தம் வெளிப்பட ஆரம்பித்தால், ஊசி சிரையினுள் இருக்கிறது எனக் கொள்ளலாம். இரத்தம் வெளிப்படாவிடில் ஊசியை வெளியே எடுக்காமலேயே, சிரையை மீண்டும் துளையிடலாம். மீண்டும் இரத்தம் வெளிப்படத் தோன்றிய உடன் ஊசியை இன்றும் சில மி.மீ. உட்செலுத்தலாம். இந்த நிலையில் உறுதியாக இருந்தால், சிரை நிலை பிசகாது.

சிரை துளை ஒரே கட்டத்திலும் செய்யப்படலாம். சருமமும், சிரையும் ஒரே சமயத்தில் துளையிடப்படுகிறது. இந்த உத்தியைக் கையாள திறமை தேவைப்படுகிறது.

சிரையை துளையிட்ட பின்னர், வெளிப்படும் இரத்தத்தைச் சேகரிக்க ஒரு பரிசோதனைக் குழாயைக் கையாளலாம். போதிய அளவு இரத்தம் சேகரிக்கப்பட்ட பின்னர், அழுத்து கயிறு அகற்றப் படுகிறது. உடனடியாக ஊசியும் அகற்றப்படுகிறது. துளையிட்ட இடத்தை சாராயம் தோய்த்த பஞ்சால் சுத்தம் செய்ய வேண்டும் (சரும நோயுள்ள நோயாளிகளின் சருமத்தை அயோடின் கரையம் கொண்டு சுத்தம் செய்வது உகந்ததல்ல. ஏனெனில் அயோடின் சரும உறுத்தலை உண்டாக்கும்). துளை இட்ட இடத்தின் மேல் சுத்தமான பஞ்சையோ அல்லது துணியையோ இறுக்கமாக அழுத்தி வைக்க வேண்டும். சுய இரத்த சிகிச்சையில், ஒரு பீச்சாங்குழலில் பொருத்தப்பட்ட சுத்தமான ஊசி மூலம், தேவையான அளவு இரத்தம் சேகரிக்கப்படுகிறது.

சரும, பால்விளை நோய்களில் சிரை வழி உட்செலுத்துவது, தொடர்ந்து இருக்க வேண்டும். எப்போதாவது (தீவிர எரிதமடேோசிஸ், பெம்பிகஸ், எரித்ரோடெர்மா, இரத்த ஓட்டவழி காண்டிடியாசிஸ், மற்றும் பல சரும நோய்களில்) துளித்துளியாகவும் செலுத்தப்படலாம். பீச்சாங்குழல் உதவியால் மருந்துகள் உட்செலுத்தப் படுகின்றன. துளித்துளியாக உட்செலுத்த குழாய்களும், சொட்டுமானிகளும் கையாளப்படுகின்றன.

பீச்சாங்குழல் உபயோகப்படுத்தப்படும்போது, சிரையைத் துளை செய்யுமுன்னர், குழலில் காற்றுக் குமிழ்கள் இருக்கின்றனவா எனப் பரிசோதிக்க வேண்டும். ஊசி பொருத்தப்பட்ட பீச்சாங்குழலை செங்குத்தாக மேல் நோக்கி வைத்துக் கொண்டு அதனுள்ளே இருக்கும் சிறிதளவே திரவத்தையும், காற்றுக் குமிழ்களையும் வெளி

யேற்ற வேண்டும். மிகச் சிறிய காற்றுக் குமிழ்கள் பலவாக இருந்தால், உந்து தண்டை சிறிது பின்னிழுத்து பீச்சாங்குழலை நன்கு குலுக்க வேண்டும். இதனால் சிறிய குமிழ்கள் பெரியவற்றில் கலந்து ஒருசில பெரிய காற்றுக் குமிழ்கள் மட்டுமே இருக்கும். இவற்றை எளிதில் வெளியேற்றி விடலாம்.

கரையத்தை உட்செலுத்துமுன்னர், செவிலியர் அழுத்து கயிற்றை அகற்றி விட வேண்டும். இதன் போது ஊசி, சிரையிலிருந்து வெளியே வந்து விடலாம். ஆகவே உந்து தண்டை சிறிது பின்னோக்கி இழுத்து இரத்தம் பீச்சாங்குழலினுள் வருகிறதா எனச் சரிபார்க்க வேண்டும். இப்போது உட்செலுத்து தலைத் துவங்கலாம். சருமத்தை உறுத்தும் மருந்தில் சிறிதளவு கூட சருமத்தில் கசியாமலிருக்க எஞ்சியுள்ள திரவத்தை பீச்சாங்குழலினுள் இழுத்து விட வேண்டும். மருந்தை உட்செலுத்தும் போது இடது கையின் கட்டைவிரலால் உந்து தண்டை உள்ளே தள்ளலாம் அல்லது பீச்சாங்குழலை இடது கைக்கு மாற்றி, பீச்சாங்குழலை வலது கையின் ஆள் காட்டி விரலுக்கும், மத்திய விரலுக்கும் இடையே பிடித்துக் கொண்டு உந்து தண்டு வலது கட்டை விரலால் தள்ளப்பட வேண்டும். பீச்சாங்குழலை ஒரு கையிலிருந்து மற்றொரு கைக்கு மாற்றும் போது மிகவும் கவனமாக இருக்க வேண்டும். இல்லாவிடில் ஊசி இடம் பெயர்ந்து வெளிவந்துவிடும். திரவம் உட்செலுத்தத் துவங்கிய உடனேயே, ஊசி இடம் பெயர்ந்திருப்பது தெரிய வந்துவிடும். ஊசி இருக்கும் இடத்தில் ஒரு வீக்கம் தோன்றும். நோயாளிக்கு எரிச்சல் உணர்வு தோன்றும். ஊசியை அகற்றாமலேயே, சிரையை விட்டு வெளியே கசிந்துள்ள திரவத்தை அகற்ற வேண்டும். மருந்து கொண்ட பீச்சாங்குழலை அகற்றி, வேறு ஒரு பீச்சாங்குழலில் சம நிலையுடைய சோடியம் குளோரைடு கொண்டு கரையத்தை நிரப்பி ஊசியுடன் பொருத்தி பலலிட்டர்கள் திரவத்தை உட்செலுத்தி ஏற்கெனவே செலுத்தப்பட்ட திரவத்தின் செறிவைக் குறைத்து திசு சிதைவை தவிர்க்கலாம்.

சருமத் துறையில் சொட்டு சொட்டாக திரவம் உட்செலுத்தப்படுவது மிகவும் அபூர்வமே. இங்கு கையாள நேர்ந்தால், அறுவை அரங்குகளில் பின்பற்றப்படுகிற எச்சரிக்கை முறைகள் கையாளப் பட வேண்டும்.

காச நோய் நிர்ணயத்தில் மாண்டோ பரிசோதனையும், அலர்ஜி பரிசோதனைகளில் சரும நோயின் தொழில் வழி தன்மையை நிர்ணயிக்கவும், ரோமமற்ற நிலையைச் சரி செய்ய வைரட்ரோகார்டி சோனை கையாளும் போதும் (0.01—1.0 மி.லி. திரவம் சரும இடை ஊசியாகச் செலுத்தப்படுகிறது) சரும இடை ஊசிகள் கையாளப்படுகின்றன. 40—45° கோணமுள்ள மிகக் குறுகிய மெல்லிய ஊசியும், 1 மி.லி. பீச்சாங்குழலும் பயன்படுத்தப்படுகிறது. பீச்சாங்

குழல் நல்லநிலையில் இருக்க வேண்டும். ஏனெனில் சரும இடை ஊசி மருந்தைச் செலுத்துவது மிகவும் சிரமமாகும். அலர்ஜி நோய் நிர்ணயப் பரிசோதனைகளும் மருந்துக் கூறுணர்வுக்கான பரிசோதனைகளும் முன்கையின் மடக்குப்பரப்பில் செய்யப்படுகின்றன. ஊசி போடப்பட வேண்டிய இடம் சாராயத்தால் துடைக்கப்படுகிறது. சருமம் உலரவிடப்படுகிறது. பீச்சாங்குழலை சாய்வாகப் பிடித்துக் கொண்டு நெருக்கமான கோணத்தில், ஊசி சருமத்திற்கு கிடைமட்டமாக, உட்செலுத்தப்படுகிறது. இதன் பின்னர் குறிப்பிட்ட அளவு திரவம் உட்செலுத்தப்படுகிறது. உடனே உருவாகும் வட்ட வீக்கம், 30—60 நிமிடங்களில் மறைகிறது.

சரும அடி ஊசிகள் மேற்கை அல்லது தொடை ஆகியவற்றின் வெளிப்பரப்பில் போடப்படுகின்றன. அபூர்வமாக தோள்பட்டை எலும்புக்கு கீழாகவும், வயிற்றுச் சுவரிலும் ஊசி போடப்படுகிறது. ஊசி பொருத்தப்பட்ட பீச்சாங்குழலை செங்குத்தாக நிறுத்தி அதிலுள்ள காற்றை அகற்றியபின்னர் ஊசி போடப்படுகிறது. ஊசி போட வேண்டிய பகுதியின் சருமம், சாராயத்தால் நன்கு கழுவப்படுகிறது. நீர்த் திரவங்களை உட்செலுத்த மிக நுண்ணிய ஊசியையும், எண்ணைத் திரவங்களை உட்செலுத்த பருமனான ஊசிகளையும் கையாளலாம். இடது கையால் சரும மடிப்பு பிடிக்கப்பட்டு $^2/_3$ நீளத்திற்கு ஊசி உட்செலுத்தப்படுகிறது. 30° கோணத்தில் மேல்கை நோக்கிச் செல்கிறது. மருந்து உட்செலுத்தப்பட்ட பின்னர், சாராயத்தில் தோய்க்கப்பட்ட பஞ்சை, ஊசி போட்ட இடத்தில் அழுத்த வேண்டும். பின்னர் ஊசியை அகற்றி ஊசி போடப்பட்ட இடம் மசாஜ் செய்யப்பட வேண்டும். அதன்பின்னர், சாராய அயோடின் திரவம் கொண்டு ஊசி போட்ட இடம் சுத்தம் செய்யப்பட வேண்டும்.

தசை ஊசிகள். மெதுவாக கிரகிக்கப்படும் மருந்துகளான பைசில்லின் மற்றும் எக்மோனோவோசில்லின் (எக்மோலின் கலந்த புரோகைன்பெனிசிலின்) பையோகுவினால் (நடுநிலை தாவர எண்ணெயில் கலந்த குவினின்) பிஸ்மோவோரால் (நடுநிலை தாவர எண்ணெயில் கலந்த மானோபிஸ்மத் உப்பு) ஆகியவற்றை சரும வியாதிகளில் பயன்படுத்தும் போது, தசை வழியாக மருந்தைச் செலுத்துகிறோம்.

போதுமான அளவு அகலமான வாய் கொண்ட 5—6 செ.மீ நீளமான ஊசி தேர்ந்தெடுக்கப்படுகிறது. பிட்டியின் மேல் வெளிப்புறப் பகுதியில் ஊசி மருந்து செலுத்தப்படுகிறது, சருமத்திற்கு செங்குத்தான ஊசியுடன் கூடிய பீச்சாங்குழல் வைக்கப்படுகிறது. துரிதமாக விரிக்கப்பட்ட தோலினுள், ஊசி முதலில் செலுத்தப்படுகிறது. பின்னர் சரும அடிகொழுப்பு வழியாக தசையினுள் செலுத்தப்படுகிறது. ஊசியை உள்ளே செலுத்தும் போது அதைச் சுற்றியுள்ள சருமம், இடது கையால் அழுத்தப்பட வேண்டும். ஊசி மிக

வும் ஆழமாகச் செலுத்தப்பட்டு எலும்பு வரை சென்று விட்டால், அதைச் சிறிது பின்னோக்கி இழுக்க வேண்டும். ஊசியில் ஒன்றிரண்டு நிமிடங்களுக்கு இரத்தம் தோன்றாவிடில் ஊசி ஒரே நிலையில் இறுக்கமாகப் பிடிக்கப்பட்டு மருந்து கொண்ட பீச்சாங்குழல் அதில் இணைக்கப்படுகிறது. உந்து தண்டைத் தள்ளி மருந்து உட்செலுத்தப்படுகிறது. ஊசியிலிருந்து இரத்தம் வெளி வந்தால், ஊசி அகற்றப்பட்டு பிட்டியின் மற்றுமொரு இடத்தில் ஊசி போடப்பட வேண்டும்.

பொதுவகையான சிகிச்சையில் கீழ்க்கண்டவைகளும் அடங்கும்:

1. கிளர்த்தலைக் குறைப்பதற்கான சிகிச்சை முறைகள். உளஞ்சார்ந்த சிகிச்சை, புரோமின், வெலிரியானா, புரோகென்ஹைட்ரோகுளோரைடு, மெப்ரோடான், (அண்டாக்சின்மெப்ரோபமேட்) குளோர்டையசிபாக்சைடு (எலிலியம்) டிரையாக்சசின், அமைனசின், நானோபைன், வசியமுறை, துயில்முறை சிகிச்சை, ஆகியவை பெருமளவில் கையாளப்படுகின்றன.

நோயாளியின் உள்ளத்திற்கு உளஞ்சார்ந்த சிகிச்சை நல்ல இதமளிக்கிறது. மன மகிழ்ச்சியை உண்டாக்குகிறது. நோய் தீர்ந்து விடும் என்ற உத்திரவாதம் கிடைக்கிறது. உடலின் எதிர்ப்பு சக்தியும் அதிகரிக்கிறது.

வசிய சிகிசிசையும், உறக்கமும், மூளை செல்களுக்கு ஓய்வைத் தருவதன் மூலம் பாதுகாப்பு அடங்கல் உருவாகிறது (ஐ. பாவ்லாவின் அறிவுரைப்படி).

சோடியம் (எப்போதாவது புரோமைடோ அல்லது அம்மோனியா) புரோமைட் குடிப்பதற்கு 0.25—3.0% கரையமாக அனுமதிக்கப்படுகிறது. தினமும் மூன்று வேளை, வேளைக்கு ஒரு மேசைக் கரண்டி கரையம், அல்லது தினமும் சிரை வழியாக 5—10 மி.கி. அலகில் 10% சோடியம் புரோமைட் கரையம் செலுத்தப்படுகிறது. மொத்தம் 8—10 தடவைகள் மருந்தை உட்செலுத்தலாம். புரோமின் கலந்த மருந்துகளை நீண்ட நாட்களுக்குக் கொடுப்பது உசிதமல்ல. (எக்ஸிமா, நரம்பு சரும அழற்சி, சோரியாசிஸ், அர்டிகேரியா சரும அரிப்பு) ஏனெனில் புரோமிசம் (சரும கொப்புள வெடிப்பு) உருவாகிறது.

வாய் வழியாக 0.5% கரையமாக புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடு செலுத்தப்படுகிறது. 4—6 வாரங்களுக்கு சாப்பாட்டிற்கு 1 மணி நேரம் முன்பாக தினமும் 2—3 தடவைகள் ஒருமேசைக் கரண்டி கொடுக்கப்படுகிறது. அல்லது சிரை வழியாக 2.0—6.0—10.0 மி.லி. அலகில் 0.25—0.5% கரையமாக செலுத்தப்படலாம் (மொத்தம் 8—10 தடவைகள்), புரோகைன், சிரை வழியாக உட்செலுத்தும் போது மயக்கமும். தலைவலியும் தோன்றலாம், அத்

தகைய நிலையில் ஊசி போட்ட பின்னர், நோயாளி சிறிது நேரம் படுத்திருந்து ஓய்வு எடுத்தால் நல்லது.

200 மி.லி. தண்ணீரில் 6—10 கிராம் வெலிரீயன் (இன்பூசம்—ரேட வெலிரியனா) பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. தினமும் வேளைக்கு ஒரு மேசைக் கரண்டியாக 3—4 தடவைகள் தரப்படுகின்றன. வெலிரியன் டிங்க்சரும் (டிங்க்சர் ரேட வெலிரியானா) வாய் வழியாக (70 சாராயத்தில் 20% டிங்க்சராக) தினமும் 3—4 தடவைகள், 20—30 சொட்டுக்கள் தரப்படுகின்றன.

மெப்ரோடான், டிரையாக்சசின், குளோர்டையசிபாக்சைட் ஆகியவை ஒரு மாத்திரையாக தினமும் 2—3 தடவைகளாக ஒரு மாதத்திற்குக் கொடுக்கப்படுகிறது.

அமைனசின் தினமும் இரண்டு மூன்று தடவைகளாக 0.025—0.05—0.1 கிராம் அலகில் தரப்படுகிறது. தசை ஊசியாக (1மி.லி. 0.25% கரையம்) இரவில் படுப்பதற்கு முன் கொடுக்கப்படுகிறது. நானோபின் தினமும் இரண்டு மூன்று தடவைக்க ஒரு மாத்திரை வீதம் (0.1 கி.) கொடுக்கப்படுகிறது, அல்லது சரும அடி ஊசியாக (1 மி.லி. 2—5% கரையம்) தினமும் மாலையில் 2—3 வாரங்களுக்குக் கொடுக்கப்படுகிறது.

புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடு, மற்றும் புரோமின் தயாரிப்புகள், அமைனசின் ஆகியவை சருமத்தில் நச்சு விளைவை உண்டாக்கலாம். அல்லது அலர்ஜி சரும அழற்சி மோசம் அடையலாம். ஆகவே இத்தகைய மருந்துகளுக்கு ஏற்கெனவே நோயாளிக்கு பாதகமான விளைவுகள் ஏற்பட்டனவா என்பதைத் தெரிந்து கொண்டு இந்த மருந்துகளைப் பரிந்துரைக்க வேண்டும்.

2. கூருணர்வு குறைப்பு சிகிச்சை. பல்வேறு வகையான உறுத்தல் பொருட்களுக்கு உண்டாகும் சருமக் கூருணர்வைக் குறைக்க இந்த முறை கையாளப்படுகிறது. கூருணர்வு குறைப்பு அழற்சி எதிர் மருந்துகளாவன: கார்டிகோஸ்டீராய்டுகள் (கீழே காண்க) வைட்டமின்கள் ''சி'', ''பி'' (கீழே காண்க), கால்சியம் குளோரைடு, சோடியம் ஹைபோசல்பேட், கால்சியம் குளுகனேட்.

கால்சியம் குளோரைட் வாய் வழியாகக் கொடுக்கப்படுகிறது. (உணவிற்குப் பின் தினமும் மூன்று, நான்கு தடவைகள் 10% கரையத்தில் ஒரு மேசைக்கரண்டி) அல்லது சிரை வழியாக (5—10 மி.லி. 10% கரையம் 7—10 தடவைகள்) செலுத்தப்படலாம். மருந்து கொடுத்த பின்னர் உடல் பூராவும் வெப்பம் அடையும் என்பதை நோயாளிக்கு கட்டாயமாக சொல்லி விட வேண்டும். இந்த வெப்பம் சில நேரம் நீடிக்கும். 10—30% கரையமாக 10மி.லி. அலகில் சோடியம் ஹைபோசல்பேட் சிரை வழியாகச் செலுத்தப்படுகிறது. வாய் வழியாக கால்சியம் குளுகோனேட் 0.5 கி. தினமும் மூன்று தடவை

கள் கொடுக்கப்படுகின்றன, அல்லது தசை ஊசியாக 10 மி.லி. அலகில் 10% கரையமாகக் கொடுக்கப்படுகிறது.

மேற்கூறிய முறைகளில் **ஹிஸ்டமின் எதிர்** *(சரும அரிப்பு எதிர்) மருந்துகளும் அடங்கும். சுப்ராஸ்டின் (0.025 கி. மாத்திரைகள் டிப்ரசின் (0.025—0.05கி.), டையசோலின் (0.1—0.2கி), டைமெட்ரால் (0.03—0.05கி) பெர்னோவின் (0.025 கிராம்—மாத்திரைகள்) இந்த மாத்திரைகள் தினமும் 2—3 தடவைகள் உட்கொள்ளப் படுகின்றன. டைமெட்ராலை தசை ஊசியாகவும் கொடுக்கலாம் (1% கரையம்—1—5 மி.லி.).*

3. பாதிப்பின்மை சிகிச்சை. *நோயாளியின் உடலில் பாதிப்பின்மை தன்மையை ஊக்குவிக்க இந்த முறை பின்பற்றப்படுகிறது.*

இதற்கென உரியது ஸ்டாபிலோகாக்கஸ்வேக்சின். (1மி.லி.—க்கு 1000 மில்லியன் கொல்லப்பட்ட நுண் கிருமிகள் தசை ஊசியாக அல்லது சரும அடி ஊசியாக 0.2—1.0 மி.லி. வாரத்திற்கு இரண்டு தடவை மொத்தம் 8—12 ஊசிகள்), ஸ்டாபிலோகாக்கஸ் அனிடக்சின் (தசை வழியாக அல்லது சரும அடி ஊசியாக. வாரத்திற்கு 2—3 தடவைகள் தோள்பட்டை இடைப்பகுதியில் 0.3—1.5 மி.லி. அலகில் மொத்தம் 7—8 ஊசிகள், ஸ்டாபிலோகாக்கஸ் ஆண்டிபேஜின், (0.2—1.0 மி.லி.) தினமும் சரும அடி ஊசியாகக் கொடுக்கப்படுகிறது. மொத்தம் 8—10 ஊசிகள்).

தனிச்சிறப்பற்ற ஊசி மருந்துகளும் தரப்படுகின்றன. இரத்தத்தை (3—4 நாட்கள்) (இடைவெளியில் 2—5—10 மி.லி. அலகில் மொத்தம் 6—10 ஊசிகள்) கீழ்க்கண்ட முறையில் உட்செலுத்தலாம்: சுத்தமான சூழ்நிலையில் சிரை துளையிடப்படுகிறது. போதுமான இரத்தம் எடுக்கப்படுகிறது. உடனே பிட்டியின் மேல் வெளிப் பகுதியில் செலுத்தப்படுகிறது.

பாலை தசை ஊசியாக கொடுப்பது (வாரம் இரண்டு முறை. 2.0 மி.லி.—10மி.லி. மொத்தம் 4—6—8 ஊசிகள்).

மற்றவர்களின் இரத்தத்தையோ, பிளாஸ்மாவையோ உட்செலுத்துவது (50—70—100—200 மி.லி. 2—4 நாட்களுக்கு ஒரு தடவை உட்செலுத்துவது. மொத்தம் 1—3 ஊசிகள்).

சுய இரத்த சிகிச்சை. *[உட்செலுத்துவதற்கு 24 மணி நேரங்களுக்கு முன்பு பட்டினியாக இருக்கும் போது 25—30 மி.லி. இரத்தம் சுத்தமான சோதனைக் குழாயில் சேகரித்து 37° செ உள்ள வெப்பக் கட்டுப்பாடு மானியில் 15—20 நிமிடங்கள் வைத்திருக்க வேண்டும். பின்னர் குளிர் சாதனப்பெட்டியில் 24 மணி நேரங்கள் வைத்திருக்க வேண்டும். மறு நாள் தேங்கிய இரத்தவடி நீர் சேகரிக்கப்பட்டு சுத்தமான பீச்சாங்குழல் மூலம் சிரையினுட்செலுத்தப்படுகிறது. வாரத்திற்கு 1—2 தடவைகள் இம்முறை பின்பற்றப்படுகிறது. மொத்தம் 5 முதல் 6 தடவைகள் போதுமானது]*

பைரோஜெனல் அல்லது புரோடிஜியாசன் ஊசிகளும் பயன் தருகின்றன. (25—50—75—100—150 கு.பை அலகில். (குறைந்த அளவு பைரோஜன் அலகு) அல்லது 10—20—50 மைக்ரோகிராம். மொத்தம் 5—6 ஊசிகள்).

மேற் கூறியவற்றிற்கு கீழ்க் கண்ட மருந்துகளும் பயன்படுகின் றன: பென்டாக்சில் (0.15—0.25 கி. மாத்திரை), மிதைல் யூரசில் (0.5 கி) தினமும் ஒரு மாத்திரை 2—3 தடவைகள், குழந்தைகளுக்கு காமாகுளோபிலின் ஊசிகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. (தசை ஊசியாக 3—4 நாட்களுக்கு ஒரு தடவை ஒரு கிலோ கிராமிற்கு 0.5மி.லி. என்ற அலகில், மொத்தம் 5—8 ஊசிகள். அல்லது 0.1—0.15—0.2—0.25 —0.3—0.5 மி.லி. அலகில் சரும இடை ஊசியாக 4—5 நாட்களுக்கு ஒரு தடவை மொத்தம் 10 ஊசிகள்), ஹிஸ்டோகுளோபின் (ஹிஸ்டமின், குளோபுலின் 0.1—1.0—2.0 மி.லி. அலகில் சரும இடை ஊசியாக வாரம் இரண்டு தடவை மொத்தம் 15—20 ஊசிகள் போடப்படுகின்றன (0.25 மி. லிக்கு மேலாக ஒரே இடத்தில் ஊசியால் போடக் கூடாது). அந்தத் நேரத்திற்கு ஏற்றாற்போல் தயார் செய்யப்படுகிறது. குமிழ்களில் தயாரித்தும் அனுப்பப்படு கின்றன.

4. **வைட்டமின் சிகிச்சை.** சரும நோயாளிகளுக்கு சிகிச்சையாக பெருமளவில் வைட்டமின்கள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

செறிவடைந்த நிலையில் உள்ள வைட்டமின் ''ஏ'' (சருமம் கடினமடையும் போதும், உலர்ந்த நிலையடையும் போதும்) தவிட்டு நிற ரொட்டியில் (10—30 சொட்டுக்கள், உணவிற்கு முன்பாக தினமும் மூன்று வேளைகள், அல்லது 2.0—3.0 மி.லி. அலகில் திரவ வைட்டமின் ''ஏ'' தினமும் மூன்று வேளைகள் (30—40 நாட்கள்).

அலர்ஜி நோய்களிலும் , இரத்த நாளங்கள் பாதிப்பின் போது **வைட்டமின்** ''சி'' (அஸ்கார்பிக் அமிலம்) கையாளப்படுகிறது. அஸ்கார்பிக் அமிலம் வாய் மூலம் கொடுக்கப்படுகிறது. (தினமும் மூன்று வேளைகள் 0.1—0.2கி அலகில்), அல்லது சிரை மூலமும் உட்செலுத்தப்படுகிறது (5% கரையம் 5—10 மி.லி.). அல்லது தசை ஊசியாகவும் கொடுக்கப்படலாம் (5% கரையம் 2—5 மி.லி. அலகில்). வைட்டமின் ''சி'' கொடுக்கும் போது ரூடினும் (0.04—0.05கி) அல்லது வைட்டமின் ''பி''யும் (அஸ்கோரூடின்) கொடுக்கப்படுவது நல்லது.

வைட்டமின் ''பி'' காம்பெளகஸ், ஹிஸ்டமின் எதிர் விளைவையும், அலர்ஜி எதிர் விளைவையும் உண்டாக்கிறது. இதில் கீழ்க்கண்டவை அடங்கும்: வைட்டமின் பி$_1$ (தையமின்), பி$_2$ (ரிபோபிளேவின்), பி$_3$ (பேண்டோதெனிக் அமிலம்), பி$_4$ (பைரிடாக்சின்), எச் (பையோடின்), பி$_{12}$ (சையன கோபாலமின்), பி$_{13}$ (ஆரோடிக் அமிலம்), பி$_{15}$ (பாங்கமிக் அமிலம்).

அடிக்கடி பரிந்துரைக்கப்படும் வைட்டமின்களாவன: பி$_1$ (1மி.லி.

அலகில் 5—6% கரையம் தசை ஊசியாக அல்லது 0.02—0.03கி., தினமும் வாய் மூலம் மூன்று தடவைகள்), வைட்டமின் பி$_2$ (வாய் வழி தினமும் 5—10 மி.கி. அலகில் தினமும் மூன்று வேளைகள்) வைட்டமின் பி$_6$ (தசை ஊசியாக 5% கரையம் 1 மி.லி. அலகில்), பி$_{12}$ (தசை ஊசியாக 30—100 மைக்ரோகிராம்)

குழந்தைகளுக்கு கால்சியம் பேண்டோதெனேட் கொடுக்கப்படு கிறது. (எக்சீமா, நரம்பு—சரும அழற்சி, சோரியாசிஸ்) மூன்று வயதிற்குக் குறைந்தவர்களுக்கு ஒரே அலகில் 0.05—0.1 கிராம். மூன்று வயது முதல் 14 வயதுக் குழந்தைகளுக்கு 0.1—0.2 கிராம் கொடுக்கப்படலாம்.

வைட்டமின் ''ஈ'' (டோகோஃபரால்) வைட்டமின் ''ஏ'' ஐ ஊக்குவிக்கிறது. ஸ்கிளிரோடெர்மா, சோரியாசிஸ், நரம்பு சரும அழற்சி ஆகியவற்றிற்கு வைட்டமின் ''ஈ'' நல்லது. சோவியத் நாட் டுத் தயாரிப்பான ஏவிட் (இதில் ஒரு மி.லில் வைட்டமின் ''ஏ'' 1,00.000 யூனிட்டுகளும், 100 மி.கி. வைட்டமின் ''ஈ''யும் இருக் கின்றன) சதை ஊசியாக 1மி.லி. அலகில் ஒரு நாள் விட்டு ஒரு நாள் கொடுக்கப்படுகிறது.

நிகோடினிக் அமிலம் (வைட்டமின் ''பிபி'') சிரை ஊசியாக செலுத்தப்படுகிறது, அல்லது தசை ஊசியாக (2—10 மி.லி. 1% கரையம்) கொடுக்கப்படுகிறது அல்லது வாய் மூலம் (0.05—0.1 கிராம் தினமும் மூன்று வேளையாக சாப்பிட்ட 20—30 நிமிடங் களுக்குப் பிறகு) கொடுக்கப்படுகிறது. (நிகோடினிக் அமிலம் கொடுக் கப்பட்ட பின் தற்காலிகமாக சருமம் சிவப்பு நிறமடைகிறது. உடல் பூராவும் வெப்ப உணர்வு உண்டாகிறது).

5. எதிர் உயிர் சிகிச்சை. எதிர் உயிர் மருந்துகளின் எண்ணிக்கை ஏராளமாகும். சரும நோயாளிகளுக்கு சிகிச்சை அளிக்க மிகவும் முதன்மையானது பெனிசிலின்தான். தினமும் 4—5 தடவைகளாக 0.25—0.5—1.0% (சதவீதம்) 2—3 மி.லி. புரோகைன் ஹைட் ரோகுளோரைடு கரையத்தில் கலந்த 1,00,000—200000 யூனிட்டு கள் பெனிசிலினை தசை ஊசியாகச் செலுத்துவது வழக்கமாகும். அல்லது தினமும் ஒரு வேளையாக (இரண்டு நிலைகளில் ஊசி போடப் படுகிறது) 5,00,000 யூனிட் அலகில் எக்மோனோவா சில்லின் (புரோ கைன் பென்சிலின் கலந்த எக்மோலின்) கொடுக்கப்படுகிறது. சருமக் காச நோய் உள்ளவர்களுக்கு ஸ்ட்ரெப்டோமைசீன் (தினமும் இரண்டு வேளையாக 5,00,000 யூனிட்டுகள்) அல்லது டைஹைட்ரோஸ்ட் ரெப்டோமைசீன் கொடுக்கப்படுகிறது. உலர்ந்த 1 கிராம் பவுடரில் 10,00,000 யூனிட் ஸ்ட்ரெப்டோமைசீன் அல்லது டைஹைட்ரோஸ்ட் ரெப்டோமைசீன் காணப்படுகிறது. இந்தப் பவுடரை 0.25% புரோ கைன் கரையத்தின் 4—5 மி.லில் கலக்கலாம் அல்லது சுத்தமான சோடியம் குளோரைடு கரையத்தில் கலக்கலாம். லீவோமைசிடீன்,

(குளோரம்பெனிகால்) தினமும் மூன்று நான்கு வேளையாக 0.5கி. அலகில் கொடுக்கப்படுகிறது. குளோர்டெட்ரசைக்ளின் ஹைட்ரோ குளோரைடு, (பயோமைசீன்) ஆக்ஸிடெட்ராசைக்ளின் டைஹைட்ரேட், டெட்ராசைக்ளின், மெடாசைக்ளின் (ரோண்டோமைசீன்) டெட்ரா ஓலியான, ஓலிடெட்ரின் ஆகியவை 0.25 கிராம் அலகில் தினமும் 4—5 தடவைகளாகக் கொடுக்கப்படலாம். 5 முதல் 12 நாட்கள் வரை, ஒவ்வொரு 4—6 மணி நேரங்களுக்கு ஒரு தடவை, எரித்தோமைசீன் 200000 அலகில் கொடுக்கப்படுகிறது. ஆக்ஸி டெட்ராசைக்ளின், மானோமைசீன், நியோமைசின் சல்பேட் (மைசெரின்) தசை ஊசியாக கொடுக்கப்படுகிறது, அல்லது மாத்திரைகளாக வழங்கப்படுகிறது. தினமும் மூன்று வேளையாக 0.25 கிராம் அலகில் (250000யூனிட்) மானோமைசின் அளிக்கப்படுகிறது. குழந்தைகளுக்கான அலகு ஒரு கிலோகிராம் உடல் எடைக்கு 0.004—0.005 கிராம் (4000—5000யூ) ஆகும். 8 மணி நேரங்களுக்கு ஒரு தடவை தினமும் மூன்று வேளையாக 5—7 நாட்களுக்கு அதிகமாகாமல் கொடுக்கப்படுகிறது.

எதிர் உயிர் மருந்துகளுக்கு பக்க விளைவுகளும், சிக்கல்களும் இருப்பதால் (அரிப்பு, நச்சுவிளைவு, ஈஸ்ட்டினால் விளையும் நைவுகள்) சிகிச்சைக்கு அவற்றைக் கையாளும் போது, கவனமாக இருக்க வேண்டும்.

6. கார்டிகோஸ்டீராய்டு சிகிச்சை. அலர்ஜி எதிர், அழற்சி எதிர் மருந்துகளில் மிகவும் பலன் அளிப்பது கார்டிகோஸ்டீராய்டுகள் ஆகும் (பிரிட்னிசோன், பிரிட்னிசோலோன், டிரையம்சினலேன் டெக்ஸாமெதசோன், முதலியன). வயது வந்தவர்களைவிட, அட்ரினோ கார்டிகோட்ரோபின் ஹார்மோன் (ஏ.சி.டி.எச்) ஊசியை குழந்தைகள் நன்கு எளிதில் ஏற்றுக் கொள்கின்றனர். தினமும் அவர்களுக்கு 5—10—15—20 யூனிட் கிடைக்கிறது. (இது வயதைப் பொறுத்து இருக்கிறது) 50—300 யூனிட் வரை கொடுக்கலாம்.

மிகவும் தீவிரமான உயிரைப் பாதிக்கும் நோய்நிலைகளில், (பெம்பிகஸ், தீவிரல்யூபஸ் எரிதிமடோசிஸ், இன்னபிற) கார்டிகோஸ்டீராய்டுகள் மிகையான அலகுகளில் கொடுக்கப்படுகின்றன. பின்னர் படிப்படியாக அலகைக் குறைத்திட வேண்டும். எக்ஸிமா, மற்றும் நரம்பு சரும அழற்சி, சோரியாசிஸ் ஆகியவற்றின் நிரந்தரமான பரவலான வகைகளில் கார்டிகோஸ்டீராய்டு ஹார்மோன்கள் நடுத்தர அலகில் கொடுக்கப்படுகின்றன. (பிரிட்னிசோன் அல்லது பிரிட்னிசோடோன் தினமும் 20—40 மி.கி. அலகில் 26—20 மி.கி. டிரையம்சினலோன், 3—4 மி.கி. டெக்ஸாமிதிசோன்).

மருத்துவ மனையின் உள்ளேயுள்ள நோயாளிகளுக்கு ஸ்டீராய்டுகள் மிகையான அலகில் கொடுக்கப்படுகின்றன. டாக்டரின் கண்காணிப்பிலேயே கொடுக்க வேண்டும். ஏனெனில் உயிருக்கு ஆபத்

தான சிக்கல்கள் நிகழலாம். திடீரென்று ஸ்டீராய்டுகளை நிறுத்தி விட்டால், நோய் நிலை மோசமடையலாம் அல்லது திடீரென்று நிறுத்தியதன் விளைவாக பதட்ட நிலை மற்றும் பலவீனம், மயக்கம், தசைகளில் வலி, மூட்டுக்களின் அழற்சி முதலியன தோன்றலாம்.

கார்டிகோஸ்டீராய்டு சிகிச்சையின் போது தமனி இரத்த அழுத்தத்தை தினமும் சரிபார்க்க வேண்டும். 10 நாட்களுக்கு ஒரு தடவை புரோதிராம்பின் குறியீடு மற்றும் இரத்தத்திலும் சிறுநீரிலும் சர்க்கரையின் அளவு ஆகியவற்றைத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும்.

அடிக்கடி நிகழும் சிக்கல்களாவன: இரத்த அழுத்தம் அதிகரித்தல், மார்பு படபடப்பு, கிளர்த்தல், தூக்கக் கோளாறுகள், அதி தீவிர நிலையோ என சந்தேகிக்கும் அளவில் வயிற்று வலி, இரத்தத்திலும் சிறுநீரிலும் சர்க்கரையின் அளவு அதிகரிப்பு (ஸ்டீராய்டு நீரிழிவு) சிரை அழற்சி, கேண்டிடியாசிஸ், நுரையீரல் அழற்சி, முகப்பரு.

ஏ.சி.டி.எச். சிகிச்சை பெற்றவர்களுக்கு கீழ்வரும்சிக்கல்கள் தோன்றலாம்: இரத்தவடி நீர் காய்ச்சல் (சீரம் காய்ச்சல்) அர்டிகோரியா, இரத்த நாள—நரம்பு வீக்கம் (குவின்சியின் வீக்கம்).

ஆக்கபூர்வ ஹார்மோன்கள். (அனபாலிக்ஸ்டீராய்டு) நெராபோலிட்டா (1 மி.கி. மாத்திரை), பீனோபாலின் (5 மி.கி. மாத்திரைகள்) மிதோண்ட்ரோஸ்டினோலன் (0.005கி. மாத்திரை). ஃபீனோபாலின் தசை ஊசியாகச் செலுத்தப்படுகிறது. (1.0 மி.லி. 25 மி.கி. மருந்து உள்ளது) 5—7 நாட்களுக்கு ஒரு தடவை இந்த ஊசி போடப்படுகிறது. ரீடாபோலி மருந்தையும் பயன்படுத்தலாம். (1 மி.லில் 50 மி.கி. மருந்து உள்ளது).

7. சல்பனமைடுகள்: இதில் நார்சல்பசோல் (சல்பதைய சோல்) கல்பாடைமசின் (சல்பாமெதசீன்), எடசோல் (சல்பா எதிடோல்) ஆகியவை அடங்கும். 5—10 நாட்களுக்கு தினமும் 3—6 தடவைகளாக 0.5—1.0 கி. அலகில் மாத்திரைகளாகக் கொடுக்கப்படுகின்றன. சல்பாபிரிடசினும் (சல்பாமீதாக்சிபிரிடசின்) சல்பாடைமீதாக்சினும் நீண்ட காலம் வினையாற்றும் சல்பாமருந்துகளாகும். இவற்றை 7—14 நாட்களுக்குதினமும் ஒரு தடவையாக 1.5—2.0 கிராம் அலகில் எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும்.

தலசிகிச்சை

பொதுவாக மருந்துகள் சாப்பிடும் போது சரும வியாதிகளில் தல சிகிச்சையும் அளிப்பது நல்லது. இதன் மூலம் சரும வெடிப்பு தவிர்க்கப்பட்டு சரும அரிப்பு மற்றும் எரிச்சல், இறுகல் தன்மை, வலி, ஆகியவற்றிலிருந்து நோயாளிக்கு விடுதலை கிடைக்கிறது.

நோய்க் குவியத்தை சுத்தம் செய்வதில் சிகிச்சை துவங்குகிறது.

செதிள்கள் மற்றும் பொடுகுகள், சீழ், கொப்புளங்கள், (சிறிய, பெரிய) மூடியிருக்கும் எஞ்சிய படலம் ஆகியவை அகற்றப்படுகின்றன. சாமண இடுக்கிகள் மற்றும் வளைந்த கத்திரிக் கோல், பஞ்சு துடைப் பான்கள் ஆகியவற்றை 3% ஹைட்ரஜன் பெராக்சைடில் தோய்த்து, மேற்கூறியவை அகற்றப்படுகின்றன. செதிள்கள் மற்றும் பொடுகு கள், எஞ்சிய களிம்புகள் ஆகியவற்றை பலத்துடன் அகற்றக் கூடாது, அத்தகையவற்றை, சூரிய காந்திப் பூக்கள் மற்றும் பழத்தொலிகள், ஆளிவிதை எண்ணெய் ஆகியவற்றால் நன்கு தோய்க்க வேண்டும். 10—15 நிமிடங்களுக்குப் பின்னர் நன்கு துடைத்து, எண்ணெய்த் துணியை அதன் மேல் போர்த்த வேண்டும். அசுத்தமடைந்த அரிப் புப்புண்கள், புண்கள் ஆகியவற்றை 3% ஹைட்ரஜன் பெராக்சை டால் கழுவ வேண்டும். அந்தக் குவியங்களைச் சுற்றியுள்ள சருமத் தை கேம்ப்ர் ஸ்பிரிட் கொண்டோ, 2% சலிசைன் சாராயத்தாலோ துடைக்க வேண்டும்.

சரும நோயுள்ளவர்களின் நட மாட்டம் தடைபடும் போது அல்லது முழுமையாக நடக்க முடியாத போது (எரித்ரோடெர்மா மற்றும் தீவிர காளான் நோய், பெம்பிகஸ் வல்காரிஸ், பொதுப்ப டையான ல்யூபஸ் எரித மடோசிஸ், சோரியாசிஸ் மூட்டு பாதிப்பு ஆகியவற்றின் போது) படுக்கை விரிப்புகளை செவிலியர்கள் மாற்ற வேண்டும். படுக்கையின் ஓரத்திற்கு நோயாளி புரட்டப்பட்டு அழுக் கடைந்த படுக்கை விரிப்பைச் சுருட்டி அவனிடமிருந்து அகற்ற வேண்டும். அதன் போது புதிய படுக்கை விரிப்பின் ஒரு பகுதி கட்டி லின் மேல் விரிக்கப்பட்டு அதன் மேல் நோயாளி புரட்டப்பட்டு, ஏற்கெனவே சுருட்டப்பட்டிருந்த விரிப்பு பரப்பப்படுகிறது. படுக் கை விரிப்பை மாற்றுவது மற்றொரு வகையிலும் செய்யப்படலாம். அழுக்கடைந்த படுக்கை விரிப்பை மேலிருந்தும் கீழிருந்தும் சுருட்ட வேண்டும். அதேபோது சுத்தமான விரிப்பை நோயாளியின் தலை யின் அருகே வைத்து கீழ் நோக்கிப் பரப்பப்படும் போது, அழுக் கடைந்த விரிப்பு அகற்றப்படுகிறது. படுக்கை விரிப்பில் எந்த வித மான மடிப்புகளும் இருக்கக் கூடாது. இதன் மூலம் படுக்கைப்புண் களைத் தவிர்க்கலாம். நோயாளியின் சட்டை கீழ் வருமாறு அகற்றப் படுகிறது: சட்டை கீழிருந்து அக்குள் வரை உயர்த்தப்படுகிறது. தலைக்கு மேலாக இழுக்கப்பட்டு, கைகள் வழியாக அகற்றப்படு கிறது. சருமம் பூராவும் பாதிக்கப்பட்ட எரித்ரோடெர்மா போன்ற நோய்களில் சட்டைக்குப் பதிலாக, ஒரு பனியனை நோயாளி அணிய லாம். மிகவும் மோசமான நிலையில் இருக்கும் நோயாளிகளின் சுய சுகாதாரம் பற்றி அதிக கவனம் செலுத்த வேண்டும். ஒரு குவளை யிலிருந்து ஊற்றப்படும் தண்ணீர் கொண்டு, நோயாளிகள் தம்மைத் தாமே சுத்தம் செய்து கொள்ளலாம். சாமணத்தால் பஞ்சுத் துண் டைப் பிடித்து அதை பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கரையத்

தில் தோய்த்து குத—பிறப்புறுப்பு பகுதியைக் கழுவலாம். 2% போரிக் அமிலக் கரையத்தில் தோய்த்த பஞ்சுத்துண்டால், கண் இமைகளைக் கழுவலாம். நைட்ரோபுரசோன் அல்லது பொட்டாசியம் பெர் மாங்கனேட் அல்லது ரிவனால் கொண்டு வாயைக் கழுவலாம். சல்லடைத் துணியை 1% போராக்ஸ் கரையத்திலும், 10% கிளிசரைன் கரையத்திலும் தோய்த்து நாக்கு மற்றும் வாய்க் குழியை சுத்தம் செய்யலாம்.

பவுடர்கள், கழுவுநீர்கள், ஈரத்துணிகள், டிங்க்சர்கள், தண்ணீர் அல்லது எண்ணெய் கொண்ட கரையங்கள், மாவுகள், களிம்புகள், பிளாஸ்டர்கள், போன்ற மற்றும்பல, சரும நோயின் புற சிகிச்சைக்காகப் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

1. **பவுடர்களை** நைவுப் பகுதியில் ஒரு மெல்லிய அடுக்காக பயன்படுத்த வேண்டும். பல பவுடர்களில் துத்தநாக ஆக்சைடு, டால்கம், ஸ்டார்ச், கேயோலின் காணப்படுகின்றன. இவற்றிற்கு அரிப்பு எதிர், அழற்சி எதிர் பண்புகள் உள்ளன, அவை தோலை உலர்த்தி, குளிரடையச் செய்கின்றன. நீர் கசிவை கிரக்கிறது. சல்பனிலமைட் பவுடர், சீரோபர்ம், (பிஸ்மம் டிரைபுரோமோபீனேட்) டெர்மடால் பவுடர்கள் சருமத்தின் அரிப்புகள் மற்றும் புண்கள் ஆகியவற்றிற்கு சிகிச்சையாக அமைகின்றன.

2. **கழுவுநீர் (லோஷன்).** ஏற்கெனவே குளிர்ந்துள்ள கரையங்களில் 2—4 சல்லடைத்துணித்துண்டுகளைத் தோய்த்து, பின்பிழிந்து நைவு இருக்கும் பகுதி மீது போர்த்த வேண்டும். 30 நிமிடங்களில் 5—15 நிமிடங்களுக்கு ஒரு தடவை அவை உலர்ந்த உடன் கழுவு நீரை மற்ற வேண்டும். அது போன்று தினமும் 3—5 தடவைகள் செய்ய வேண்டும். இவற்றிற்கு அழற்சி எதிர் விளைவு இருப்பதால், நீர் கசிவும் வீக்கமும் குறைகின்றன. சரும அரிப்பும், எரிச்சலும் மட்டுப்படுகின்றன. கீழ்கண்டவை, பெருமளவில் பயன்படுத்தப்படுகின்றன: 1—2% டானின் கரையம், 0.25—5% வெள்ளி நைட்ரேட் கரையம், 2—3% போரிக் அமிலக் கரையம், 0.25—0.3% அமிடோபைரின் கரையம், ஈயத்தண்ணீர்.

இதன் போது கிருமிபாதிப்பு ஏற்பட்டால் கிருமிநாசினி கழுவு நீர்களை பயன்படுத்த வேண்டும். இவற்றில் கீழ்கண்டவை அடங்கும்: ரிவனால் (ஏதாக்கிரிடீன் லொக்டேட்) (0.1%, ஃபுரசீன் (1: 5000), பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் (0.05%), சிசார்சினால் (1—2%).

3. **ஈரத்துடன் உலர்த்தும் துணி.** கழுவுநீர் போன்று இதையும் பயன் படுத்த வேண்டும். 8—12 வலைத்துணி அடுக்குகள் தேவை. உலரத்துவங்கியவுடன் 30—60 நிமிடங்களுக்கு ஒரு தடவை, துணியை மாற்ற வேண்டும். துணி சருமத்துடன் ஒட்டிக்கொண்டால், பிய்த்து எடுக்கக்கூடாது, அதே திரவத்தில் தோய்த்து அகற்ற வேண்

டும். ஊடுருவலும், கசிவும் கொண்ட தோல் நைவுகளுக்கு இவற்றைப் பயன்படுத்தலாம். சீழ் கொண்ட சருமக்கொப்புளங்களில், பரவலான தீவிர அழற்சி நைவுகளில் இத்தகைய ஈரத்துணிகளைப் பயன்படுத்தக்கூடாது.

4. வெப்ப ஒத்தடங்கள். சருமம் மற்றும் சரும அடித்திசுக்கொழுப்பு ஆகியவற்றில் ஆழமான ஊடுருவல்கள் காணப்பட்டு நாட்பட்ட அழற்சி நிகழ்வுகளின் போது (நரம்பு-சரும அழற்சி முதலியன) வெப்ப ஒத்தடங்கள் அளிக்கப்படுகின்றன. 10—12 தடவைகள் மடிக்கப்பட்ட சல்லடைத்துணியை கரையத்தில் தோய்த்து, (ஈயத்தண்ணீர், 2% போரிக் அமிலக் கரையம் முதலியன) பின்னர் பிழிந்து நைவின் அமைப்பிற்கு ஏற்ப அதன் மீது வைக்கப்படுகிறது. சல்லடைத்துணியின் மீது, மெழுகுக் காகிதம் பொருத்தப்பட்டு அதன் மேல் பஞ்சுக்கட்டு வைக்கப்படுகிறது. இது, தினமும் ஒன்றிரண்டு தடவை மாற்றப்பட வேண்டும்.

5. பூச்சுப்பொருட்கள். பூச்சுப் பொருட்களாக கீழ்க்கண்டவை பயன்படுத்தப்படுகின்றன: சாராயத்துடன் நீர்த்த அனிலின், சாயப் பொருட்கள் கலந்த கரையம் (பிரில்லியன்கிரீன்), மென்தாலின் நீர்த்தசாராயக் கரையம், கார்பாலிக் அமிலம் (1—1.5%), நீலவிட்ரியாலின் நீர்த்த கரையம் (2—10%), வெள்ளி நைட்ரேட் (2— 10%) இவை சரும அரிப்பைத் தடுக்கவும் நரம்பு சரும அழற்சிக்கும் இதமளிக்கிறது.

6. தண்ணீர் எண்ணெய் கழுவுநீர். தண்ணீர் கழுவுநீரில் தண்ணீர், கிளிசரைன், பவுடர்கள் காணப்படுகின்றன. பவுடர்களாவன: துத்தநாக ஆக்ஸைடு, டால்கம், கேயோலின், மாவுப்பொருள். தண்ணீர் கழுவுநீர்களுக்கு அழற்சி எதிர் விளைவு உண்டு. மேலும் சரும அரிப்பையும், எரிச்சலையும் நிவர்த்தி செய்கின்றன. தண்ணீர் சாராய குலுக்கு கழுவு நீரில் சாராயம் உள்ளது. எண்ணெய்குலுக்கு கழுவு நீர்கள் மேற்கூறிய பவுடர்களில் இருந்தும், எண்ணெய் திரவப் பொருளிலிருந்தும் உண்டாக்கப்படுகின்றன. (சூரியகாந்திப்பூ, பழத்தோல் அல்லது வாசலைன் எண்ணெய்) ''துத்தநாக எண்ணெ''யும் பயன்படுத்தப்படுகிறது. (30% துத்தநாக ஆக்சைடு, 70% தாவர எண்ணெய்) எண்ணெய் குலுக்கு கழுவுநீர்கள் சருமத்தை மிருதுவாக்கி செதிள்களையும் பொடுகுகளையும் அகற்றி விறைப்புத்தன்மையைக் குறைக்கிறது. தண்ணீர் மற்றும் எண்ணெய் லோஷன்களை உபயோகிக்குமுன் குலுக்க வேண்டும். நைவு இருக்கும் இடத்தில் பஞ்சால் தடவ வேண்டும். இத்துடன் கந்தகம் மற்றும் இக்தமால், தார், மெந்தால் போன்றவையும் கலக்கப்படலாம். குலுக்கு லோஷன்கள் (குழவு நீர்கள்) சருமத்தின் மீது விரைவில் உலர்ந்து விடுகின்றன. அதனால் தான் கட்டுப்போட வேண்டிய அவசியம் இல்லை. கசியும் நைவுகளுக்கு இதை உபயோகிக்கக் கூடாது. மேற்தலையிலும் லோஷன்களைப் போடக்கூடாது.

7. பசைகள் (மாவுகள்) இதில் பவுடரும் (துத்தநாக ஆக்ஸைடு, டால்கம் முதலியன) எண்ணெயும் (லேனோலின், வாசலைன்) சமபங்கில் காணப்படுகின்றன. பசைகள், தேங்கு திரவங்களைவிட ஆழமாக ஊடுருவிப் பரவுகிறது. ஆனால் களிம்புகளை விட மந்தமாகவே பணிபுரிகிறது. அவற்றிற்கு (பசைகளுக்கு) அழற்சி எதிர் குணமும், ஈரத்தை கிரகிக்கும் தன்மையும் உண்டு. பசைகள், கெட்டியாக இருப்பதால், துணிக்கட்டு அவசியம் இல்லை. மேற்தலை சீழ் கசிவு நிலையில் இருந்தால் உபயோகிக்கக் கூடாது. தினமும் ஒன்றிரண்டு தடவை பசையை பிரயோகிக்க வேண்டும், தாவர எண்ணெயில் தோய்த்த பஞ்சுத் துணியால் மூன்று நாட்களுக்கு ஒரு தடவை எஞ்சிய பசையை அகற்ற வேண்டும்.

துத்தநாக ஆக்சைடு, டால்கம், லேனோலின், வாசலைன் ஆகியவற்றை சமபங்கில் கொண்டுள்ள துத்தநாகப் பசை, அடிக்கடி பெருமளவில் கையாளப்படுகிறது, தேவையிருந்தால் இக்தமால், மற்றும் நாப்தலான், ரிசார்சினால், கந்தகம், தார் ஆகியவையும் பசையில் சேர்க்கப்படுகின்றன. நைவின் மீது கரண்டி கொண்டு பசை தடவப்படுகிறது. பின்னர் குவியத்தின் மீது கோடுகோடாகப் பரப்பப்படுகிறது. இந்தப் பரப்பின் மீது ஒரு சல்லடைத் துணி போட்டு கட்டப்படுகிறது. (இரண்டு, மூன்று தடவைகள் சுற்றலாம்).

8. களிம்புகள். களிம்புகளில் ஒன்றிரண்டு மருந்துகளும், அடிப்படையான கொழுப்புப் பொருள்களும் (வாசலைன், லேனோலின், லார்டு, நாப்தலான் முதலியன) ஒரே சீராக கலக்கப்பட்டு இருக்கும். அவற்றிற்கு ஆழமாக ஊடுருவும் விளைவு இருப்பதால், சருமத்தின் அழற்சி ஊடுருவல் இருக்கும் நாட்பட்ட சரும நோய்களுக்கே களிம்புகள் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. 2—10% கந்தகக் களிம்பு, 2—3% தார் களிம்பு, 1—3% பாதரசம் கலந்த அம்மோனியா களிம்பு, 2% சலிசிலிக் களிம்பு, 2—5% இக்தமால் களிம்பு, 2—3% நாப்தலான் களிம்பு ஆகியவை உபயோகிக்கப்படுகின்றன. எதிர் உயிர் மருந்துகள் (எரித்ரோமைசீன், குளோர்டெட்ரா சைக்ளின் இன்ன பிற) கலந்த களிம்புகளும் கையாளப்படுகின்றன. லைகள் பெற்பி காய்டு, அக்கி ஆகியவைகளுக்கு இண்டர்ஃபரான்களிம்பு உபயோகப் படுத்தப்படுகிறது.

கார்டிகோஸ்டீராய்டு கலந்த (சினலார், புளுசினோலோன் அசிடோனிட்) புளுசினார், பிரிட்னிசோலோன், ஹைட்ரோகார்டிசோன் டிபைர்சோலான்) களிம்புகளும் உள்ளன. கார்டிகோஸ்டீராய்டுகளும், எதிர் உயிர் மருந்துகளும் கலந்த களிம்புகளும் உள்ளன. (ஆக்ஸிகார்ட், ஜியோகார்டான், லோகாகார்டன், (நியோமைசீன் கலந்தது) வையோபார்ம், டார், அல்ட்ரலான், டெர்மசோலான், 100000 யூனிட் எதிர் உயிர் மருந்தும் 0.1கி. பிரிட்ஸி சோலோனும் கலந்த

மானோமைசீன்— பிரிட்னிசோலோன் 10கி. களிம்பு, நியோமைசீன் கலந்த சினலார், குவினோர்ட் கலந்த சினலார்).

லினன் (நார்த்துணி) துணி மீது களிம்பை தடவி நைவின் குவியத தின் மீது வைக்கப்படுகிறது. அதன் மீது ஒரு கட்டும் போடலாம். சில போது நேரடியாக சருமம் மீது களிம்பு தடவப்பட்டு திறந்து வைக்கப்படுகிறது. சொறி சிரங்கிலும், பிடிரியாசிஸ் வெர்சி கோலாரி லும் களிம்பு, சருமத்தின் மீது நன்கு தேய்க்கப்படுகிறது. தினமும் ஒன்றிரண்டு தடவை சருமத்தின் மீது களிம்பு தடவப்படுகிறது. சில போது இக்தமாலும் தாரும் எதிலும் கலக்கப்படாமல் நேரடியாகவே சருமத்தின் மீது இரண்டு நாட்களுக்கு ஒரு தடவை தடவப்படுகிறது.

9. பிளாஸ்டர்கள். பிளாஸ்டர்களுக்கு அடிப்படைப் பொருட்கள், கொழுப்பு தவிர மெழுகும், கலோபோனியும் (ரெசின்) பயன் படுத்தப்படுகிறது. அவை களிம்புகளை விட கெட்டியாகவும், ஒட்டும் தன்மை உடைனவாகவும் இருக்கின்றன. ஒரு பிளாஸ்டரை முதலில் சூடு செய்து பின்னர் பாதிக்கப்பட்ட சருமத்தின் மீது ஒரு பருமனான அடுக்காகத் தடவப்படுகிறது. களிம்பை விட இது ஆழமாக ஊடுருவு கிறது. போடப்பட்ட துணிக்கட்டு இறுக்கமாக இருக்க, மருந்து களற்ற ஒட்டுப் பிளாஸ்திரி இணைக்கப்படுகிறது. சருமத்துடன் சரி யாக பொருந்தாவிடில் ஓரளவு சூடு செய்ய வேண்டும்.

10. சோப்புகள். சிகிச்சைக்கான சோப்புகளில் கந்தகம் மற்றும் தார், இக்தமால், ரிசார்சினால், கந்தகமும் சலிசிலேட்டும், கந்தக மும் தாரும் கலந்துள்ளன.

11. குளியல்கள். உடல் மொத்தக் குளியல்கள்: (தண்ணீரின் வெப்ப நிலை 35—37° செ) தண்ணீருடன் ஊசியிலைச் சாறு, பொட்டா சியம் பெர்மாங்கனேட், (1:10.000) ஒக்மரப்பட்டை (6 லிட்டர் தண்ணீரில் கொதிக்க வைக்கப்பட்ட 1 கிலோ. மரப்பட்டை) அல்லது கோதுமை தவிடு (3 லிட்டர் தண்ணீரில் கொதிக்கவைக்கப்பட்ட 1 கிலோ. கோதுமைத் தவிடு) ஆகியவற்றைக் கலக்கலாம். கைகள் மற்றும் கால்கள், பிறப்புறுப்புகள், குதம் ஆகியவற்றின் சரும நோய் களுக்கு **தலக் குளியல்கள்** (37—40° செ) அளிக்கப்படுகின்றன. உதார ணமாக குளிர் கொப்புளங்களுக்கும் இரத்த நாள இயக்கக் கோளாறு களுக்கும் வெப்பமான கைக் குளியல்கள் அளிக்கப்படுகின்றன.

தண்ணீரின் வெப்பத்தைப் பொறுத்து குளியல்கள் பலவகைப் படும். மத்திம (34—36° செ) வெப்ப (36—38° செ) கொதிக்கும் (39° செக்கு மேல்) குளிர்ந்த (33—21° செ) மிகக் குளிர்ந்த (20° செக்கும் குறைந்த) சகஜமான குளியல் 25—20 நிமிடங்களுக்கு நடை பெறுகின்றது. வெப்பக் குளியல் 10 நிமிடங்களுக்கும் கொதிக் கும் குளியல் 7 நிமிடங்களுக்கும் நடைபெறுகிறது.

குளியல் தொட்டியை ஒரு முரட்டுத்துணி அல்லது பிரஷ் கொண்டு கொதிக்கும் தண்ணீரும் சோப்பும் கொண்டு சுத்தம் செய்ய வேண்

டும். பின்னர் 1% கால்சியம் குளோரைடு கரையம் அல்லது 1- 2% குளோரமின் கரையம் கொண்டு கிருமி நீக்கம் செய்ய வேண்டும். பின்னர் கிருமி நாசினி திரவத்தை வெப்ப நீர் கொண்டு கழுவ வேண்டும். வாரம் ஒரு தடவை குளியல் தொட்டியை நீர்த்த ஹைட்ரோகுளோரிக் கமிலம் அல்லது சோடாகரையம், மண்ணெண்ணெய் அல்லது பசை கொண்டு சுத்தம் செய்ய வேண்டும். துருப்பிடித்த பகுதிகளை ஆக்சாலிக் அமிலம் கொண்டு அகற்ற வேண்டும்.

மதிய உணவிற்கு 1—2 மணி நேரங்கள் கழித்தோ அல்லது காலை உணவிற்கு 30—40 நிமிடங்கள் கழித்தோ சிகிச்சை குளியல் எடுப்பது நல்லது.

மாவுப் பொருளும், தவிடும் (கோதுமை அல்லது வாதுமை) கலந்த தண்ணீர் குளியலுக்கு சரும அரிப்பு எதிர் விளைவு உண்டு. தோலையும் மிருதுவாக ஆக்குகிறது. ஒரு லினன் பையிலுள் மாவுப் பொருளையோ அல்லது தவிட்டையோ (500—1000கி) இட்டு அந்தப் பையை தண்ணீர் (37° செ) கொண்ட குளியல் தொட்டியினுள் முக்க வேண்டும். இடை இடையே இந்தப் பையை கசக்கிப் பிழிய வேண்டும். அப்போது தான் பையினுள் உள்ளபொருள் தண்ணீரில் கரைகிறது. இதற்கு முன்னரே 1—2 கிலோகிராம் தவிட்டின் டிகாக்ஷன் தயார் செய்து வடிகட்டி குளியல் தொட்டியினுள் இட வேண்டும். வாதுமைத் தவிட்டை நேரடியாகவே குளியல் தொட்டியினுட் சேர்க்கலாம். 30—60 நிமிடங்கள் வரை சிகிச்சைக் குளியல்கள் எடுக்கலாம்.

மொத்த உடல் குளியல்களும், துளிக்குளியல்களும் சோரியாசிசிலும் நரம்பு அழற்சியிலும் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. சருமத்திலுள்ள எஞ்சிய மருந்துகளையும் பொடுகுகளையும் இந்தக் குளியல் தண்ணீர் சுத்தம் செய்கிறது. தடித்த எபிடெர்ம முள் அடுக்கை மிருதுவாக ஆக்குகிறது. நரம்பு மண்டலத்திற்கு இதமளிக்கிறது. இரத்த சுழற்சியைக் கட்டுப்படுத்துகிறது.

சரும நோய்களுக்கான இயன் முறை சிகிச்சை

சரும நோய்களின் சிகிச்சையாக தட்பமும், வெப்பமும் வெற்றிகரமாக அளிக்கப்படுகிறது. மினின் விளக்கு கதிர் வீச்சு மற்றும் சொல்லூக்ஸ் விளக்கு, மொத்த உடல் குளியல், தலக் குளியல், (சூரிய கிரண குளியல் உள்ளிட்டு) பாராபின், ஓசோகெரைட் மருந்துகள் டையதெர்மி ஆகியவை வெப்ப விளைவைக் கொடுக்கின்றன.

உலர்ந்த கரியமிலவாயு பனிக் கட்டி (குளிர் சிகிச்சை) அல்லது நீர்த்த நைட்ரஜன் கொண்டு குளிரூட்டு உறையச் செய்வதன் மூலம் நோயுற்ற திசுக்களை அழிக்க முடியும்.

குவார்ட்ஸ் பாதரச (பேக், குரோமேயர் ஆகியோரின்) விளக்கு கொண்டு கதிரியக்க மூட்டலும் (புற ஊதாக்கதிரியக்கம்) மற்றும் சில சமயங்களில் ஊடு கதிர் அல்லது கதிரியக்கப் பொருட்களை பயன்படுத்தலும் மிகப் பரவலாகப் பயன்படுத்தப்படும் முறைகளாகும். மின்னாற்றலைப் பயன்படுத்தி மின் பகுப்பு கால் வனோகாடரி, மின்வெப்ப உறைவு, (மின் வெப்ப அறுவை) ஆகியவற்றின் உதவி கொண்டு நோயுற்ற திசுக்களை (கரணை, பிறப்புக்குறியீடு மற்றும்) அழிக்க முடியும். அரிப்பு மிகுந்துள்ள தோல் நோய்களில் தல ''டி'' அர்சன் வலைசேஷன் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

உயர் அலை மின்னோட்டம் (யு.எச்.சி.) குறுங்கொப்புளங்களையும் வியர்வை சுரப்பி அழற்சியையும், குணப்படுத்த பயன்படுத்தப் படுகிறது. வளப்பப்புண்களையும் மற்றபிற, நோய்களையும் குணப் படுத்த தோல் மருந்துவத்தில் அண்மைக் காலமாக லேசர் கதிர்கள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

சுகாதாரப் புகலிடங்களில் சிகிச்சை

நாட்பட்ட எக்சிமா, மற்றும் நரம்புத் தோலழற்சி, சோரியாசிஸ், சரும அரிப்புலைகள, ரூபர் பிளேனஸ், ஸ்கிளிரோடெர்மா, அர்டிகேரியா, இக்தயோசிஸ், ல்யூபஸ்காச நோய், பேபுலா நெக்ரோடிகா போன்ற பல நாட்பட்ட சரும நோய்களுக்கு கனிப்பொருள் நீருற்று சிகிச்சை நல்ல பலன் கொடுக்கிறது. (இதை ''ஸ்பா'' சிகிச்சைஎன்கின்றனர். மொ-ர்). சூரிய காற்றுக் குளியல்கள் தவிர, கடல் குளியல்களும் தாதுப் பொருள் குளியல்களும், நாப்தலீன் பெட்ரோலியம் அப்புதலும், சிகிச்சைக்கான மண்களைப் பயன்படுத்தலும் நோயாளிகளுக்கு பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன.

1. தாதுப்பொருள் குளியல்களில் சல்பைட் தண்ணீர்கள் (கந்தகம் கொண்ட தண்ணீர்) அடங்கும். சருமத்தின் வழியாகவும் (90% மூச்சுப்பாதை வழியாகவும் ஹைட்ரஜன் சல்பைடு உடலை ஊடுருவிச் செல்கிறது. ஹைட்ரஜன் சல்பைட்டின் செறிவு 30—40 மி.கி/100லி. முதல் 100—150 மி.கி./100லி. வரை இருக்கிறது. சிகிச்சையில் 10—15 குளியல்கள் அடங்கும். சோவியத் யூனியனில் ஹைட்ரஜன் சல்பைடு குளியல்கள் கீழ்க்கண்ட இடங்களில் நடைபெறுகின்றன. சோசிமட்செஸ்டா, பியாடிகோர்ஸ்க், கெமெரி, கோர்யாசி க்ளூயுச், செர்னவோட்ஸ்க், செர்ஜிவ்ஸ்கி, மினரல்னி வோடி, மற்றும் பல கனிப்பொருள் நீரூற்று இடங்கள். செயற்கை முறையில் ஹைட்ரஜன் சல்பைடு குளியல்கள் பின்வருமாறு தயாரிக்கப்படுகின்றன: தேவையான வெப்பமுள்ள 200லி. தண்ணீரை குளியல் தொட்டியில் இட்டு 10% சோடியம் சல்பைடு கரையம் 825 மி.லி.ம், 27,5% ஹைட்ரோகுளோரிக் அமிலம் 200 மி.லி.ம், அதில் கலக்கப்பட

வேண்டும். இவ்விதம் தயார் செய்யப்பட்ட குளியலில் 100 மி.கி. தனியாகவும். 150 மி.கி. மொத்த ஹைட்ரஜன் சல்பைடும் இருக்கின்றன. குளியல் தயார் செய்யப்பட்டு குளியல் நடை பெறுகின்ற இடம் நல்ல காற்றோட்டத்துடன் இருக்க வேண்டும் என்பதை கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும். ஏனெனில் ஒரு லிட்டருக்கு 0.01 மி.கி. என்ற அளவில் காற்றில் ஹைட்ரஜன் சல்பைடு செறிவடைந்திருந்தால், அருகேயுள்ளவர்களுக்கு நச்சாக அமைகிறது. ஒரு லிட்டருக்கு 75—100 மி.கி. என்ற அளவில் ஹைட்ரஜன் சல்பைடு செறிவடைந்திருப்பதே உபயோகிக்கப்படுகிறது. மிகையாக செறிவடைந்தவை (150—200 மி.கி./லி.) அபூர்வமாகவே பயன்படுத்தப்படுகிறது. சிகிச்சையின் துவக்கத்தில் 25—50 மி.கி./லி. என்ற குறைந்தசெறிவுகளே பயன்படுத்தப்படுகின்றன. பின்னர், படிப்படியாக செறிவு அதிகரிக்கப்படுகிறது, தண்ணீரின் வெப்பம் 34—36° செ ஆக உள்ளது. 10—15 நிமிடங்களுக்கு குளியல் நடைபெறுகின்றன. ஹைட்ரஜன் சல்பைடு குளியலன்று நோயாளி மிகையாக குளிர்ச்சியடையக் கூடாது. அன்று எந்தவகையான இயன் முறை சிகிச்சையோ தண்ணீர் சிகிச்சையோ கையாளக் கூடாது. **2. ரேடான் குளியல்கள்.** இதிலுள்ள தண்ணீர், மிகக் குறைந்த பலவீனமான கதிர்வீச்சு கொண்டுள்ளது. (10—27 மாகே யூனிட்டுகள்—கதிர் வீச்சின் அளவை வெளியிட கையாளப் படும் அகில உலக யூனிட்) ஓரளவான கதிர் வீச்சு (28—82 மாகே யூனிட்டுகள்.) மிகையான கதிர்வீச்சு (82 யூனிட்டு வரைக்கு அதிகமான கதிர் வீச்சு) இந்தக் குளியல் 5—15 நிமிடங்கள் நீடிக்கிறது. சிகிச்சைக்கு மொத்தம் 12—20 குளியல்கள் தேவைப்படுகிறது. சோவியத் யூனியனில் ரேடான் குளியல்கள், ட்சால்ட்யூபோ மற்றும் பீலோகுரிகா, பியடிகோர்ஸ்க், கிசகாச், ட்செட்டி ஒகுஸ் போன்ற கனிப்பொருள் நீரூன்று இடங்களில் நடைபெறுகின்றன. குறிப்பான அறிவுரைகளின்படி செயற்கை முறை ரேடான் குளியல் தயார் செய்யப்படுகிறது. தேவையான வெப்பத்துடன் ஏற்கெனவே தயார் செய்யப்பட்ட குளியலினுள், ஒரு பாட்டிலிருந்து ரேடான் கரையம் இடப்படுகிறது. (பொதுவாக 34—36° செ) 10—20 நிமிடங்களுக்கு குளியல் எடுக்கப்படுகிறது. **3. சிலிகாகுளியல்களில்** தாது உப்புக்கள் காணப்படுகின்றன. இவைகோர்யாசின்ஸ்க் மற்றும் ட்காவர்செலி, ஆல்மா-அரசன், குல்துர், அரசன்-கோபால் போன்ற கனிப்பொருள் நீரூற்றுகளில் காணப்படுகின்றன. **4. கரியமிலவாயுத் தண்ணீர்கள்.** இவை கிஸ்லோவோட்ஸ்க் மற்றும் நால்சிக் கனிப்பொருள் நீரூற்றுகளில் காணப்படுகின்றன.

சிகிச்சை மண்களுக்கு வெப்ப, மற்றும் யாந்திரிக, வேதியிய, கதிரியக்க விளைவுகள் உண்டு. இவை நாட்பட்ட அழற்சி நிகழ்வுகளில் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. சோவியத் யூனியனில் சோச்சி, மற்றும் ஓடிச்சா, இவ்பாடோரியா, பியாடிகோர்ஸ்க், சில்செனவோட்ஸக்.

லிபெட்ஸ்க், இய்ஸ்க், கெமெரி, டுருஸ்கினின்ஸ்கை, ஸ்லாவ்யான்ஸ்க் உசும், சென்னவோட்ஸ்க் ஆகிய இடங்களில் சிகிச்சை மண்கள் கொண்டு சிகிச்சையளிக்கப்படுகிறது.

தோல் நோயாளிகளுக்கான உணவு

சரும நோயின் தன்மைகளைப் பொறுத்தும் உடனுள்ள மற்ற வியாதிகளைப் பொறுத்தும் உணவு பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. சான்றாக எக்ஸீமா மற்றும் சோரியாசில் போன்ற சரும நோயாளிகளுக்கு ஒரு வளர் சிதை மாற்றக் கோளாறு அல்லது இரைப்பை குடல் கோளாறோ இருந்தால், நாளமில்லா சுரப்பி நோய் நிபுணர் அல்லது மருத்துவரைக் கலந்து உரிய உணவு அளிக்கப்படுகிறது.

எக்ஸீமா, மற்றும் நரம்பு சரும அழற்சி, அர்டிகேரியா, புருரைகோ போன்ற சரும வியாதிகள் பெரும்பாலும் உணவு ஒவ்வாமையால் ஏற்படுகிறது. இவையாவன: முட்டைகள், பால், தேன், ஸ்ட்ராபெர்ரிகள், காளான்கள், புளிப்புப் பழங்கள், மீன், சிலவகையான இறைச்சி, புகைக்கப்பட்ட உணவு, முதலியன. சரும அரிப்பு நோயாளிகளுக்கு உணவு அளிக்கும் போது உணர்ச்சியைத் தூண்டுகின்ற மசாலா கொண்ட உணவுகள் தவிர்க்கப்பட வேண்டும். மது பானங்களும், நோய் நிலையை ஊக்குவிக்கும் மேலே குறிப்பிட்ட உணவுப் பொருட்களும் தவிர்க்கப்பட வேண்டும். அலர்ஜி சரும நோய்கள் ஏற்பட்டதாக வரலாறு உள்ள பெண்களின் கர்ப்ப காலத்தின் போது மேற்கூறியவை தவிர்க்கப்பட வேண்டும். உடற்கூறு சார்ந்த முற்படிவும், சரும அரிப்பு நோயும் கொண்ட குழந்தைகளின் பாலூட்டும் தாய்மார்கள், உணவு விஷயத்தில் மிகவும் ஜாக்கிரதையாக இருக்க வேண்டும்.

பையோடெர்மா நோயும், மாவுப் பொருள் வளர்சிதை மாற்றக் கோளாறுகளும் கொண்ட நோயாளிகளுக்கு மாவுப்பொருள் தவிர்க்கப்பட வேண்டும். கொலஸ்டிரால், மிகையாக உள்ள உணவு பொருட்கள், சோரியாசிஸ் நோயாளிகளுக்குக் கொடுப்பது கட்டுப்படுத்தப்பட வேண்டும். சருமப் பரப்பில் புறக்கசிவும் தீவிர அழற்சியும் கொண்ட பரவலான குவியங்களைக் கொண்ட சரும நோய்களில் மிகையாக தண்ணீர் அருந்துவதும் சிறுநீர் பிரிவை ஊக்குவிக்கும் மருந்துகளும் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. இதனால் நச்சு விளைவுள்ள பொருட்கள் வெளியேற்றப்படுவது ஊக்குவிக்கப்படுகிறது.

ஸ்டீராய்டு ஹார்மோன்கள் கொடுக்கப்படும் நோயாளிகளுக்கு உணவு அளிப்பது மிகவும் முக்கியமாகும். இந்த நோயாளிகளுக்கு நிறைய புரதப் பொருட்களும் வைட்டமின்களும் (குறிப்பாக வைட்டமின் ''சி'') பொட்டாசியமும் நிறைந்த உணவுப் பொருட்களும் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

சீழ்த்தோல் பிணிகள் (பையோடெர்மா)

ஸ்டாபிலோகாக்கை மற்றும் ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கை, அபூர்வமாக மற்றும் பல சீழுக்கும் நுண்கிருமிகள் சருமத்தினுள் நுழையும் போது பையோடெர்மா (பையோ—சீழ், டெர்மா—சருமம்; கிரேக்க மொழியில்) உண்டாகிறது. சரும நோய்களில் மிகவும் அதிகமாகப் பரவியுள்ளது, பையோடெர்மாவாகும். அவை மிகவும் முக்கியமான தாகும். ஏனெனில் அவை தொழில் உற்பத்தித் திறனைக் குறைத்து பல நாட்கள் நோய் விடுப்புக்கு காரணமாக அமைகின்றன. வயது வந்தவர்களும், குழந்தைகளிலும் பையோடெர்மா தோன்றுகின்றது.

பொதுச் சுகாதார நியதிகளைப் பின்பற்றாததும் வாழ்க்கைத் தர நிலைபாதகமாக இருப்பதாலும் பையோடெர்மா நோய் பரவ வசதியாக இருக்கிறது. எனினும் சகஜமான மனிதனின் சருமத்தில் காணப்படும் நோயூக்கும், சீழுக்கும் நுண்கிருமிகள் எப்போதுமே பையோடெர்மா நோயை உண்டாக்குவதில்லை. மனிதனின் பொது உடல் நலத்தையும், சுற்றுப்புறச் சூழ்நிலைகளையும் பொறுத்து நோய்கள் உண்டாவது அமைகிறது. சருமத்திற்கு ஏற்படும் சேதாரங் கள், மற்றும் ரசாயன, தாது எண்ணெய்களின் உறுத்தல் மிகையான வெப்பநிலை (ஈரப்பசை, அதிகமாக இருந்தால்) மற்றும் பல அம் சங்கள் சருமத்திற்குப் பாதகமான சூழ்நிலைகளை உருவாக்குகின் றன. உள்ளுறுப்புக்கள் மற்றும் நரம்பு மண்டலத்தின் பணிகள் சீர்கேடடைவது உடலில் வைட்டமின்களின் பற்றாக்குறை, வளர் சிதை மாற்றக் கோளாறுகள் (புரதங்கள், மாவுப் பொருட்கள், நீரி ழிவு நோய்) போன்றவை உயிரினத்தின் எதிர்ப்பு சக்தியைக் குறைத்து பையோடெர்மா நோய் உண்டாக சாதகமான அம்சங்களாக அமை கின்றன.

ஸ்டாபிலோகாக்கை மற்றும் ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கை, கலவை யான சீழுக்கும் கிருமிகள் கொண்ட சரும வியாதிகள், மேலெழுந்த வாரியாகவும் ஆழமாகவும் இருக்கின்றன.

ஸ்டாபிலோகாக்கை கிருமிகளால் ஏற்படும் சீழ் தோற்றப் பணி களில் வியர்வைச் சுரப்பிகளும் மயிர் கால் சுப நுண்பைகளும், குறிப் பிடத் தக்க அளவில் பாதிக்கப்பட்டு உள்ளன. சீழ் கொப்புளங்கள், கூம்பு வடிவில் அல்லது அரைக் கோளவடிவிலும், அவற்றின் சுவர் கள் தடித்தும் இறுக்கமாகவும் சீழ் கெட்டியாகவும் மஞ்சள்-பச்சை நிறத்திலும் உள்ளன. சீழ் கொப்புளத்தின் மையத்தில் மென்மயிருள் ளன.

ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கை கிருமிகளால் ஏற்படும் பையோடெர்மாக் களில் கொப்புளங்கள் தட்டையாகவும், அதன் தோல் மெல்லியதாக வும் தளர்ந்தும் உள்ளன. அதன் புறக் கசிவு இரத்தமும் சீழும் கலந் ததாக இருக்கிறது.

மேலெழுந்தவாரியான பையோடெர்மாக்கள், எபிடெர்மாசில் மட்டும் காணப்படுகின்றன. சீரடையும் போது தற்காலிக வண்ணத்தை விட்டுச் செல்கின்றன. **ஆழமான** பையோடெர்மாக்கள், மெய்த்தோலையும் சில போது சரும அடிக் கொழுப்பையும், பாதிக்கின்றன. அது சீரடையும் போது, தளும்புகளையோ அல்லது சூம்பிய வடுக்களையோ விட்டுச் செல்கின்றன.

சீழ் கொண்ட சரும வியாதிகளைத் தொடர்ந்து மற்றும் பல சரும அரிப்பு நோய்களும் தோன்றுகின்றன. (இரண்டாந்தர).

மேலெழுந்தவகை பையோடெர்மா

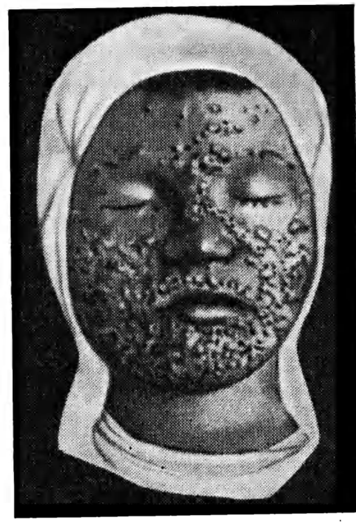
மிகவும் சகஜமாகக் காணப்படும் மேலெழுந்த வகை பையோடெர்மாக்களாவன: இம்பெடைகோ, ஃபாலிக்குலைட்டிஸ், சைகோரிஸ், பெம்பிகஸ் (பிறந்த சிசுவில்).

இம்பெடைகோ. இவற்றில் கீழ்க்கண்ட வகைகள் காணப்படுகின்றன. ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கை இம்பெடைகோ, கலவை வகை, ஆஸ்டியல் ஃபாலிக்குலைட்டிஸ், அல்லது ஸ்டாபிலோகாக்கை இம்பெடைகோ போன்றவகைகள் பிரித்தறியப்படுகின்றன.

ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கஸ் இம்பெடைகோ பொதுவாக குழந்தைகளிடையே அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. ஒரு மேற்பரப்பு குழிவறை கொண்ட நுண்மையற்ற தட்டையான ஊனீர் பையாகவோ, இலேசான அமுங்கக் கூடிய சுவர்கள் கொண்டு, இரத்த வடிநீர் கொண்டதாக நோய் மாற்ற மேற்படுகிறது. அதன் அடித்தளம் குருதி மிகையாகக் கொண்டுள்ளது. அது தினையளவு சிறியதாகவோ அல்லது வாதுமை அளவு பெரிதாகவோ இருக்கக்கூடும். கொப்புள நீர் கலங்கலாகவும், பின்னர் இரத்த வடிநீரும் சீழும் சேர்ந்தும் இருக்கிறது. கொப்புளம் படிப்படியாக உலர்ந்து மஞ்சள் பொடுகாக மாறுகிறது. நுண்ணிய மென்மையான முகத் தோலிலும், உடலின் உறுப்புக்களின் பக்கங்களிலும், நிலை பெறுகிறது. அரிப்பின் காரணமாக நோயாளிகள் குறிப்பாகக் குழந்தைகள் நீர் கொப் புளத்தினுடையமற்றும், சீழ் கொப்புளங்களினுடைய மென் தோலைப் பிய்த்து எடுத்து விடுவதால், அவ்விடங்களில் அரிப்புப் புண்கள் தோன்றி மஞ்சள் பொடுகுகளால் மூடப்படுகின்றன. பொடுகுகள் உதிரும் போது நிறமித்த புள்ளிகள் மிஞ்சுகின்றன. குழந்தைகள் கூடியுள்ள இடங்களில், மிக வேகமாகத் தொற்றி இந்நோய் பரவுவதால், இதற்கு பரவும் சீழ் அழற்சி எனப் பெயரிடப்பட்டுள்ளது. (இம்பைடைகோ கண்டேஜியோசா).

இதட்டுக்கோணங்களில் தோன்றும் ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கஸ் இம்பெடைகோவுக்கு **இதடு நக்கு நோய்** (பெர்லெச்) எனப் பெயர். வாயின் ஒரு ஓரம் அல்லது இரு ஓரங்களிலும், ஒரு தட்டையான நீள

வடிவ நீர் கொப்புளம் தோன்றி விரைவில் சீழ் கொப்புளமாக வளருகிறது, அல்லது இரத்த வடிநீர் சீழ்ப் பொடுகுகளால் சூழப்பட்டு வலி தரும் வெடிப்பேற்படுகிறது. எப்போதும் எச்சிலும், உணவும், உறுத்தக் கூடுமாதலின், அது பல மாதங்களுக்கு நீடிக்கக் கூடும். கைவிரல்களிலும், கால் விரல்களிலும் இறுதிவிரல் எலும்புகளில் நகத்தைச் சுற்றிலும், பிறை வடிவ நோய்க்குறியாக ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கஸ் இம்பெடைகோ தோன்றுகிறது. இதற்கு **மேற்பரப்பு பௌரிசியம்** என்று பெயர். அது மிகுந்த வலி தருவதாக உள்ளது.



படம் 46. கலப்பு இம்பெடைகோ

வழக்க இம்பெடைகோ அல்லது கலப்பு இம்பெடைகோ. ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கசு, ஸ்டாபிலோகாக்கசு ஆகியவற்றால் ஏற்படும் கலப்புத் தொற்றால் இந்நோய் உண்டாகிறது. நோய் துவங்கும் போது சிலசமயங்களில் உடலின் வெப்பநிலை சிறிது அதிகரித்து பின்னால்கொப்பளிக்கப் போகும் இடங்களில் எரிச்சலுணர்வு உண்டாகிறது. சிவந்து சிறிது வீங்கிய தோலில் உருவாகும் நீர் கொப்புளங்கள் விரைவில் வளர்ந்து சீழ்க் கொப்புளங்களாக மாறி, உலர்ந்து தடித்த ஒழுங்கற்ற மஞ்சளான தேன் போன்ற பொடுகுகள் தோன்றுகின்றன. (படம் 46) கலப்பு இம்பெடைகோ, குழந்தைகள் மற்றும் சிறுமிகள், இளம்பெண்கள் ஆகியவர்களின் முகங்களில் மிகவும் அதிகமாகத்தோன்றுகிறது.

ஸ்டாபிலோகாக்கசு இம்பெடைகோ அல்லது மயிர்க்கால் வாயழற்சி. இது ஒரு மேற்பரப்பு கூம்பு வடிவ அல்லது அரைக் கோள வடிவ சீழ் கொப்புளமாக, தினையளவு அல்லது பட்டாணி அளவு—ஒரு வீங்கிய சிவந்த நடுவில் மயிர் கொண்ட சிறு பரப்பிடத்தால் சூழப்பட்டுள்ளது. சீழ் கொப்புளங்கள் சில நாட்களில் காய்ந்து தடித்த சாம்பல்-மஞ்சள் நிற பொடுகுகளாக மாறுகின்றன. மயிர்க் கால் வாயழற்சி, உறுப்புக்களின் நீட்டிப் பரப்புகளிலும் மண்டைத் தோலிலும் உண்டாகிறது.

மயிர்க்கால் அழற்சி (பாலிக்கு லைடிஸ்). ஸ்டபிலோகாக்கசு கிருமியால் உண்டாகும் இந்நோய், மயிர்க்கால் திறப்புகளில் ஒரு சீழ் கொப்புளமாக (மயிர்க்கால் வாயழற்சி) தோன்றுகின்றன. அது பிறகு மயிர்காலின் ஆழப்பகுதிகளுக்குப் பரவி, தடித்த அடிப்பகுதியின்

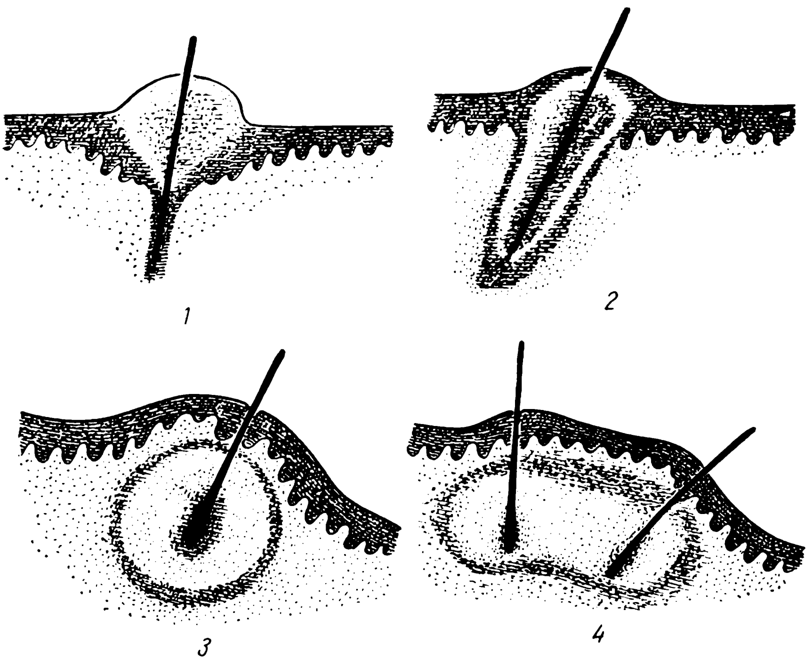
மேலமைந்த இருக்கக்கூம்பு வடிவ சீழ் கொப்புளமாகிறது. மயிர்க் காலழற்சி, ஊசித்தலையளவு சிறிதாகவோ அல்லது பெரிதாகவோ இருக்கக்கூடும். முதலில் தினை அளவு வளரக்கூடும், பிறகு உட்கசிவு ஏற்பட்டு பட்டாணி அல்லது அவரை அளவு வளருகிறது. மயிர்க் காலழற்சி, இறுதியில் ஒரு கொப்புளமாக அல்லது ஒரு பெரும் பிள வையாக மாறுகிறது. (படம் 47)

தாடைக் கொப்புளம். (அத்திப்புண்) நாட்டப்பட்ட தீராத இந் நோய் திரும்பத் திரும்ப வரும் இயல்புள்ளது. ஸ்டாபிலோகாக்கஸ் கிருமியால் உண்டாகும் இந்நோய் தாடி, மீசைப் பகுதிகளை (அரி தாக, உடலில் மயிருள்ள மற்றப் பகுதிகள்) பாதிக்கிறது. பாதிக்கப் பட்ட பகுதிகளில் மயிர்க்கால் வாயழற்சி, மயிர்க்கால் அழற்சி, ஊடுருவல் நைவுகள், சீழ்கொண்ட பொடுகுகள், ஆகியவை மிகுந் துள்ளன. மயிர்கள் பிய்த்து எடுக்கப்படுகின்றன, அல்லதுதானாகவே விழுந்து விடுகின்றன. தூய்மைக்கேடான சவரம், சுத்தமின்மை ஆகியவை நோய் வளர வாய்ப்பாக அமைகின்றன. இந்நோயின் மிக நீண்ட, தொடர்ந்த போக்குக் காரணமாக உயிர்பொருளின் விளை வியக்கத்தில் ஆழ்ந்த மாறுதல்கள் உண்டாகின்றன. அவை நரம்பு மண்டல, நாளமில்லா சுரப்பி (முக்கியமாக பிறப்புறுப்பு) இயக்கக் கோளாறுகளாலும் மிதமிஞ்சிய மதுப்பழக்கத்தாலும் ஏற்படுகின் றன.

சிசுக்களின் சீழ் அழற்சி கொள்ளைநோய் (பெம்பிக்ஸ் எபிடமிகஸ் நியோநேடரம்). ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கை கிருமி இந்நோய்க்குக் கார ணமாகும். இந்நோய் சிசுக்களில் பிறந்த சில வாரங்களில் அல்லது மாதங்களில் காணப்படுகிறது. இது மிகவும் தொற்றக்கூடியநோயா கும். எனவே மகப்பேறு மருத்துவ மனைகளிலும் சிறுவர் பள்ளி களிலும், திடீரென்று ஏராளமான பேரை, இத்தொற்று நோய்கள் பாதிக்கின்றன. தோலின் எந்த ஒரு பகுதியிலும் பட்டாணி அல்லது செர்ரி அளவுள்ள தொளதொளப்பான நீர்க்கொப்புளங்கள் தோன்று கின்றன. முதலில் இரத்த வடிநீரால் நிறைந்த அவை பின்னர் இரத்த வடிநீர் சீழாக மாறி சிவந்த சிறுபரப்பால் சூழப்படுகிறது. (படம் 48) நீர்க் கொப்புளங்களை மூடியுள்ள மென்தோல், விரைவில் வெடித்து பளிச்சிடும் செவ்வரிப்புகள் தோன்றுகின்றன. வாய் மற் றும் மூக்கு, பிறப்புறுப்புக்கள், கண்கள், ஆகிய இடங்களில் உள்ள சிலேட்டுமப்படலங்களில் நீர்க்கொப்புளங்கள் தோன்றுகின்றன. குழந்தை கதறிக் கொண்டு இருப்பதோடு அமைதியற்றுள்ளது. பசி யும், தூக்கமும் பாதிக்கப்படுவதோடு, காய்ச்சலும் தோன்றக்கூடும்.

ஆழமான சீழ்த் தோல் நோய்

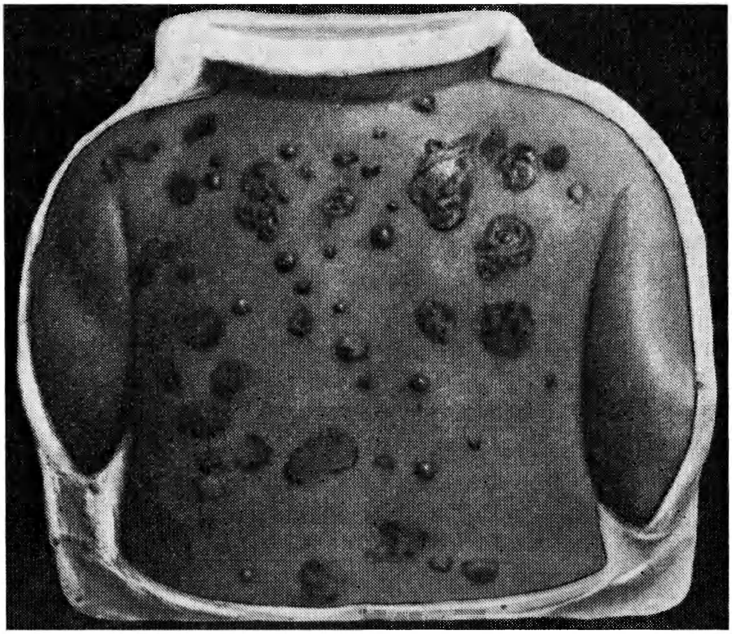
ஆழமான சீழ்த்தோல் நோய்களில் மிகவும் அதிகமாகக் காணப் படக் கூடியவை. சீழ் கொப்புளங்கள், சீழ் கொப்புள நோய், பெரும்



படம் 47. சீழ் அழற்சியின் வளர்ச்சி (வரைபடம்)
1. மயிர்க்கால் வாயழற்சி; 2. மயிர்க்காலழற்சி; 3. கொப்புளம்; 4. அரசபிளவை

பிளவை, வியர்வை சுரப்பி அழற்சி, போலி சீழ் கொப்புள நோய், அல்லது குழந்தைகளில் மிகுந்த சீழ் கட்டிகள், வழக்க சீழ் கொப்புளம் (எக்தீமா தல்காலிஸ்) அல்லது எக்தீமா ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கசாகும்.

சீழ் கொப்புளமும் சீழ் கொப்புள நோயும். சீழ் கொப்புளமென்பது மயிர்க்கால் சீபசிறுகைகளைப் பாதித்து தோலின் பகுதிக்குள் ஊடுருவி, சுற்றிலுமுள்ள அணுத் திசுக்களையும் பாதித்து ஏற்படும் ஆழ்ந்த சிறுபை சீழ்க் கொப்புளமாகும். மயிர்க்கால் வாயழற்சியாகத் துவங்கி விரைவில் ஆழமாகப் பரவி கருஞ்சிவப்புப் பரப்புள்ள வாதுமைக் கொட்டை அளவுள்ள, கெட்டியான தொடு வலியுடைய கணுவாக வடிவம் கொள்கிறது. அது முனைகொண்டுள்ள அதன் மையத்தில் சீழ்க் கொப்புளம் வெடித்து பெருமளவில் மஞ்சள்-பச்சை நிறச் சீழ் கொட்டுகிறது. புண்ணின் தளத்திலுள்ள மயிர்கால்களைச் சுற்றியுள்ள உயிரிழந்த திசுக்கள், அழிதிசுத்திரளாக உருவாகி, ஓரிரு நாட்களில் பிரிந்துவிடுகிறது. புண்ணின் விளிம்புகள், குருதி மிகைத்தும் வீங்கியுமிருக்க சிவந்த சாறுள்ள துணுக்குத்திசுசக்



படம் 48. சிசு சீழ் அழற்சி கொள்ளை நோய் எபிடெமிக்ஸ் பெம் பிக்ஸ் நியோனேடரம்

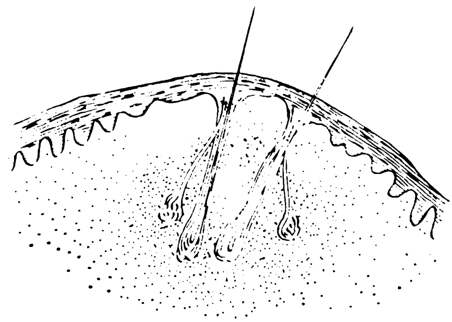
கள் அதன் தளத்தை மூடியுள்ளன. ஆறிய பிறகு சீழ்க் கொப்புள மிருந்த இடத்தில் தழும்புண்டாகிறது. ஸ்டாபிலோகாக்கசு, இந் நோய்க்குக் காரணமாகும்.

சீழ்க் கொப்புள நோய். ஒன்றுக்கும் மேற்பட்ட சீழ்க் கொப்புளங் கள் ஒரே நேரத்தில் உருவாகின்றன, அல்லது ஒன்றன் பின் ஒன் றாகத் தோன்றுகின்றன. இரைப்பை சிறு குடல் நோய்கள் மற்றும் மாவுப் பொருள் வளர்சிதை மாற்றக் கோளாறு கொண்ட (நீரிழிவு) பலவீனமான நோயாளிகளில், இந்நோய் காணப்படுகிறது. எல்லைக் குட்பட்ட ஓரிடத்தில் சீழ்க் கொப்புளங்கள் தோன்றுமானால் அதற்கு **தல** சீழ்க் கொப்புள நோய் என்றும், தோலின் பல்வேறு பகுதிகளில் தோன்றுமாயின் அதைப் **பரவிய** சீழ் கொப்புள நோய் என்று அழைக் கின்றனர்.

திடீர் மற்றும் நாட்பட்ட (பல வாரங்கள், மாதங்கள்) நீடிக்கும் சீழ்க் கொப்புள நோய்களும் பிரித்தறியப்படுகின்றன.

பெரும்பிளவை. இது ஸ்டாபிலோகாக்கஸ் கிருமியால் உண்டா கிறது. இது இரண்டு அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட அடுத்தடுத்துள்ள மயிர்க் கால் சீப்பைகளின் சீழுறு அழற்சியாகும். பல சிறு சீழ் கொப்

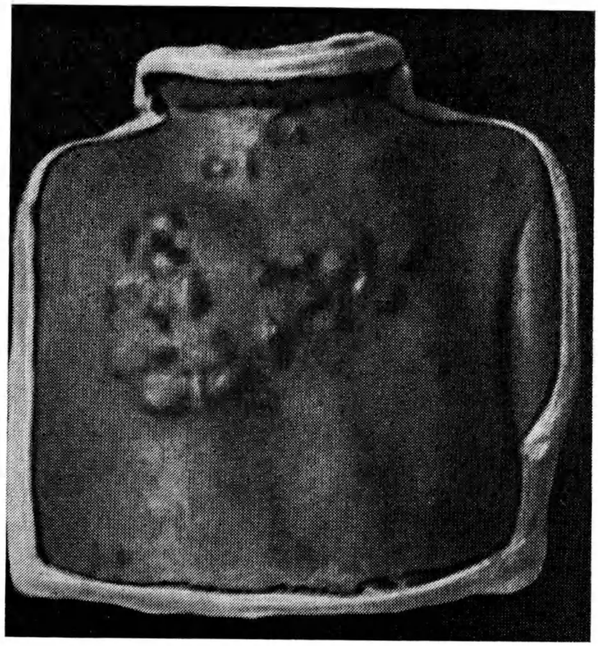
புளங்கள் இணைந்து ஒரே கட்டியாக ஆனதைப் போன்று பெரும்பிளவை தோன்றுகிறது. இது கெட்டியாக இருக்கிறது. சுற்றியுள்ள தோல் வீங்கியும் கருஞ்சிவப்பாயும் உள்ளது. பெரும்பிளவை, மிகுந்தவலியுடன் கூடியது. காய்ச்சல் தோன்றுகிறது. (40° செ) தலைவலியும், பசி இழப்பும் தூக்கமின்மையும் உண்டாகின்றன. பெரும்பிளவை உடைந்த பின்னர், அழித்திசுக்கள் வெளித்தள்ளப்பட்டு, மீதியுள்ள புண் ஆறும்போது ஆழப்புதைந்த தளும்புண்டாகிறது. உருக்குலைந்து மெலிந்த நோயாளிகளில் பெரும்பாலும் கழுத்தின் பின்பகுதியிலும் கீழ் முதுகுப் பகுதியிலும் பெரும் பிளவைகள் தோன்றுகின்றன.



படம் 49. வியர்வைச் சுரப்பி அழற்சி வரைபட விளக்கம்

வியர்வை சுரப்பியற்சியும், ஸ்டாபிலோகாக்கசு கிருமியால் உண்டாகிறது. அப்போக்கிரைன் வியர்வைச் சுரப்பிகள் மற்றும் அடுத்துள்ள சரும அடி கொழுப்பு ஆகியவற்றின் திடீர் சீழுறு அழற்சியாகிற இது, அதிகமாகத் தோன்றுமிடங்கள், அக்குள்களாகும். பிறப்புறுப்பு பகுதியிலும், கழிவாய்ப்பகுதியிலும், சில சமயங்களில் நோய் மாற்றம் தோன்றுகிறது. சரும அடிக் கொழுப்பில் பட்டாணி அளவில் மிதமான தொடு வலியுள்ள கணுவாக இந்நோய் துவங்குகிறது. சிறிது சிறிதாக வளர்ந்து மிகவும் வலி நிறைந்ததாக ஆகிறது. மேற்தோல் சிவக்கிறது. அடுத்துள்ள அப்போகிரைன் சுரப்பிகளும் நோயால் பாதிக்கப்பட்டு புதிய கணுக்கள் தோன்றுகின்றன. (படம் 49) பல்வேறு வளர்ச்சி நிலைகளில் உள்ள பல கணுக்கள் ஒன்றிணைந்து ஒரே கட்டியாக, பல்வேறு அளவுள்ள சிவப்பக் காம்புகள் கொண்டு (தனித்தனி சீழ்க்கட்டிகளின் முனைகள்) உருவாகின்றன. கணுக்கள், பிறகு இளக்கமடைந்து வெடித்து பாலேடு போன்ற சீழை வெளியாக்குகின்றன. ஒவ்வொரு கணுவும் 2—3 வாரங்களில் வளர்கிறது.

போலிச்சீழ் கொப்புளநோய் அல்லது குழந்தைகளில் பற்பல சீழ்க்கட்டிகள். வியர்வை சுரப்பிகள் மற்றும் நுண் குழல் சுருள் (குளோமறாலஸ்) நாளங்களைப் பாதிக்கும். இந்த நோய் ஸ்டாபிலோகாக்கஸ் கிருமியால் ஏற்படுவதாகும். இது, பலவீனமான சுய சுகாதாரமற்ற குழந்தைகளில் காணப்படுகிறது. தோலின் ஆழத்தில் அழுக்கு சீழ்க்கட்டிகளாக உருவாகி, நெடுங்காலத்திற்கு முனை கொள்ளாமல் நீடிக்கின்றன. முதலில் மேலுள்ள தோல், இயற்கையான நிறம்



படம் 50. குழந்தைகளின் தோலில் பல சீழ்க்கட்டிகள் (போலிச்சீழ்க் கொப்புளநோய்)

கொண்டுள்ளது. ஆனால் நாளடைவில் ஒரு நீலச் சாயையுடன் சிவப்பாக மாறுகிறது. (படம் 50) அவற்றைத் திறந்து பார்த்தால், அழிதிசுத்திரள் காணப்படுவதில்லை. உடலின் முதுகுப் புறத்திலும், மண்டைத் தோல் ஆகியவற்றிலும் இந்நோய் பொதுவாகக் காணப்படுகிறது.

வழக்க எக்திமா அல்லது ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கசு எக்திமா. *இது வீங்கிய அடிப்பகுதி கொண்ட ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கஸ் இம்பெடைகோவின் ஆழமாக அமைந்த வடிவமாகும். காலிலும், சில சமயங்களில் தொடையிலும் புட்டங்களிலும், சிறு முதுகிலும், மெலிந்து உருக்குலைந்து தூய்மையற்ற சூழ்நிலைகளில் வாழ்பவர்களில், இந்த எக்திமா காணப்படுகிறது. வாதுமைக் கொட்டையளவுள்ள சீழ்க் கொப்புளங்கள், இந்த நோயின் குணவியல்பான நோய் மாற்றங்களாகும். அவை தட்டையாகவும், தொளதொளப்பாயும் இரத்தவடிநீர் சீழ் கொண்டவையாயும், விளிம்புகளில் செந்நீலக் கசிவால் சூழ்ப்பட்டவையாயும் உள்ளன. சீழ் கொப்புளங்கள் கரும் மஞ்சள் பொடுகுகளாக மாறுகின்றன. இவை கீழே விழும் போது ஆழமான வட்ட*



படம் 51. வழக்க எக்திமா

வடிவப் புண்கள் ஏற்படுகின்றன. (படம் 51) அவை வலி மிகுந்தவையாயும், சீழ் நிறைந்த சதைத்தளம் கொண்டவையாயுமுள்ளன. அவை ஆறியபிறகும் தழும்பு நீடித்து இருக்கிறது. இந்நோய் சில வாரங்களுக்கு அல்லது சில மாதங்களுக்கு நீடிக்கிறது.

சீழ்க் கொப்புளங்களுக்கான சிகிச்சை.

இந்த சிகிச்சை, பொது மற்றும் வெளித் தயாரிப்புகளையும் இயன்முறை சிகிச்சையும் கொண்ட பல்வேறு ஒருங்கிணைந்த முறைகளைக் கொண்டதாகும். நாட்பட்ட, மீண்டும் மீண்டும் தோன்றுகின்ற சீழ்த் தோற்பிணிகளில், உள்ளுறுப்புக்களும், நரம்பு மண்டலமும் பரிசோதிக்கப்பட்டு கண்டுபிடிக்கப்பட்ட நோய்களுக்கு சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும்.

பொதுவான சிகிச்சை

எதிர்ப்பு சக்தியை ஊக்குவிக்கும் சிகிச்சை முறைகள். ஆழச் சீழ் தோற்பிணியின் எல்லா வகைகளிலும், அத்திப்புண் (சைகோசிஸ்) தீராத மீண்டும் மீண்டும் வருகிற மயிர் கால் அழற்சி, மற்றும் சீழ் அழற்சி (இம்பெடைகோ) ஆகியவற்றிலும் இம்முறை பயன்படுத்தப்படுகிறது. குறிப்பான சிகிச்சை முறைகளாவன: ஸ்டாபிலோகாக்கஸ் அனடாக்சின், ஸ்டாபிலோகாக்கஸ் ஆண்டிஃபாஜின், ஸ்டாபிலோகாக்கஸ் பேக்டீரியா ஃபேஜ், ஸ்ட்ரெப்டோ மற்றும் ஸ்டாபிலோகாக்கஸ் வாக்சின்கள் (பாலிவாலண்ட் அல்லது ஆட்டோ வாக்சின்கள்) ஆகியவையாகும். இத்தகைய சிகிச்சையின் போது குளிர் நடுக்கம், காய்ச்சல் நலக் குறைவு, பாதிக்கப்பட்ட இடங்கள் மோசமடைதல், மற்றும் ஊசி போட்ட இடத்தில் சிவப்பு நிறமும், வலியும், வீக்கமும் உண்டாக

லாம், பொதுவான மற்றும் தல விளைவுகள் அனைத்தும் சீரடைந்த பின்னர் தான் அடுத்த ஊசிப்போடப் பட வேண்டும். எதிர்ப்பு சக்தியை ஊக்குவிக்கும் பொதுப்படையான மற்ற பல சிகிச்சை முறைகள் வருமாறு: சுய இரத்தசிகிச்சை, பாலை ஊசி மூலம் உட்செலுத்துதல், காம்மாகுளோபிலின் மற்றும் பிளாஸ்மா, இரத்தம் ஆகியவற்றை உட்செலுத்துதல்.

எதிர் உயிர் மருந்துகள். எதிர் உயிர் மருந்துகளைக் கொடுக்குமுன்னர், சீழை எடுத்து சோதனைச் சாலையில் ஸ்ட்ரெப்டோ மற்றும் ஸ்டாபிலோ கிருமிகளுக்கான நுண்ணுயிர் வளர்மச் சோதனைகளையும், பல்வேறு எதிர் உயிர் மருந்துகளுக்கு வளர்ம உணர்வாற்றலையும் தீர்மானிக்க வேண்டும். (எதிர் உயிர் மருந்துவரைவு) நுண்ணுயிர் தொகுப்பின் உணர்வாற்றல் தீர்மானிக்கப்பட முடியாவிடில் விரிதிறன் எதிர் உதிர் மருந்துகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. **பெனிசிலின்** (நீரில் கரையும் படிகத் தயாரிப்பு) ஒரு தடவைக்கு 1.00.000—2.00.000 அலகில் தினமும் மூன்று, நான்கு தடவைகள் தசை ஊசியாகச் செலுத்தப்பட வேண்டும். எக்மோவோசிலின் (எக்மோலின் நீர் கரைசலில் பென்சைல் பெனிசிலின் புரோகைன் கரையம்) 24 மணி நேரத்திற்கு ஒரு தடவை 6.00.000 யூனிட்டுகளாக (டிரைபுரோடமைன் சல்பேட் கரையம்) அல்லது பைசிலின் (பென்சதைன் பெனிசிலின்) 3,4,5 அல்லது 6 தடவை (4—5 நாட்களுக்கு ஒரு முறை ஒவ்வொரு பிட்டத்திலும் 6.00.000 யூனிட்டுகள் ஊசி மூலம் செலுத்தப்பட வேண்டும்) மொத்த மருந்தளவு 2.000.000—5.000.000 அலகுகள் பெனிசிலின் சில சமயங்களில் ஸ்ட்ரெப்டோமைசீனுடன் சேர்த்துக் கொடுக்கப்படுகிறது. (ஒவ்வொரு தடவையும் 5.00.000 யூனிட்டுகளாக தினமும் இரண்டு தடவை ஊசி மூலம் செலுத்தப்படுகிறது.)

எரித்ரோமைசீனும், லீவோமைசிட்டினும் (குளோரம்பெனிகால்) தினமும் மூன்று நான்கு தடவை 0.5 கிராம் அளவில் (மொத்தஅளவு 8—15—20 கிராம்) கொடுக்கப்படுகின்றன.

குளோர்டெட்ராசைக்ளின் ஹைட்ரோகுளோரைடு, ஆக்ஸிடெட்ராசைக்கிளின் டீஹைட்ரேட் மற்றும் டெட்ராசைக்கிளின் ஆகியவை, ஒரு தடவைக்கு 0.2 கிராம் என்ற அலகில் தினமும் நான்கு அல்லது ஐந்து தடவை (மொத்தம் 5—10) கொடுக்கப்படுகின்றன. சிக்மாமைசீனும் நியோமைசீன் சல்பேட்டும் காப்ஸ்யூல்களாகவும், அல்லது கரையங்களாகவும் தயாரிக்கப்படுவதால் குழந்தைகளுக்குக் கொடுக்கப்படுகின்றன.

ஒலியாண்டோமைசீன் ஒரு நாளில் 1.000.000—2.000.000 என்ற அலகில் 4—6 தடவை சம அளவில் பிரித்துக் கொடுக்கப்படுகின்றன.

ஆல்போமைசீன், ராண்டோமைசீன், (மெத்தாசைக்ளின்) ஆகிய

வையும் மற்றவையும் விரிதிறன் எதிர் உயிர் மருந்துகள் என்ற தொகுப்பைச் சார்ந்ததாகும். வைட்டாசைக்ளினில் டெட்ராசைக்ளினில், வைட்டமின்கள் சி, பி, பி$_2$ ஆகியவையும் உள்ளன. சில நோயாளிகளில் எதிர் உயிர் மருந்துகளுக்கான தாளாமை வெளிப்படுகிறது. மருந்துள்ள, சிக்கல்களையோ, ஒவ்வாமை விளைவுகளையோ ஏற்படுத்தக்கூடும். அச்சமயத்தில் உணர்வு மிக விளைவைக் குறைக்கும் சிகிச்சையும், ஹிஸ்டமின் எதிர் மருந்துகளும் கொடுக்கப்பட வேண்டும். எதிர் உயிர் மருந்துகள், பாதிப்பின்மையில் எவ்வித விளைவையும் ஏற்படுத்துவதில்லையாதலால் அவை எதிர்ப்பு சக்தியை ஊக்குவிக்கும் சிகிச்சையுடன் இணைத்துத்தரப்படுகிறது. செயற்கைத் தயாரிப்புகளான ஆக்ஸிசில்லின், மெத்திசில்லின் இன்ன பிறவும் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

சல்பானிலமைடுகள் மிகுந்த ஒவ்வாமை விளைவிக்கும் தன்மைகளாலும், நச்சுத்தன்மை கொண்டிருப்பதாலும், அண்மைக்காலங்களில் சல்பானிலமைடுகள் குறைந்த அளவிலேயே பயன்படுத்தப்படுகின்றன. உணர்வு மிகு விளைவு, அவற்றைத் தாளாமை, இரத்தக் மற்றும் கல்லீரல், சிறு நீரகம் ஆகியவற்றின் பாதிப்புகளின் போது சல்பைனிலமைட் கொடுக்கப் படக் கூடாது.

சல்பாதையசோல், மற்றும் சல்பாடைமைசின் (சல்பாமெதசின்) ஈட்டாசால் (சல்பா எதிடால்) ஆகியவை வாய் வழியாக, தடவைக்கு ஒரு கிராம் அலகில் தினமும் 3—4 தடவைகளாக 5—10 நாட்களுக்குக் கொடுக்கப்படுகின்றன. சல்பாபிரிடசின் (சல்பா மீதாக்சிபெரிடசின்) மற்றும் சல்பாடைமெத்தாக்சின் (மேட்ரிபான்) ஆகியவை தினமும் ஒரு தடவை 1—2 கிராம் அளவில் 7—14 நாட்களுக்குக் கொடுக்கப்படுகின்றன.

பொதுவாக தெம்பூட்டும் சாதனங்கள் சீழ் தோல் பிணிகளின் பராமரிப்பில் மிகவும் அவசியமாகும். இந்த நோயாளிகளுக்கு அஸ்கார்பிக் அமிலம், வைட்டமின் பி காம்ப்ளெக்ஸ் (பி$_2$, பி$_{12}$) நிகோடினிக் அமிலம், ரூட்டின், இரும்புச் சத்து, பாஸ்வரம் கொண்ட தயாரிப்புகள் (ஃபைடின்) ஆகியவை கொடுக்கப்படுகின்றன. உணவில் புரதங்களும், வைட்டமின்களும் நிறைந்தும் மாவுப்பொருள் குறைந்த அளவிலும் உப்புணவுகள் இல்லாமலும் இருக்க வேண்டும். மது அருந்துவது கூடாது.

சீழ்த்தோற் பிணிகளுக்கான வெளி (தல சிகிச்சை)

எல்லா மேற்பரப்பு, குறியிடமமைந்த சீழ் தோற்பிணி வகைகளும், வெளி, தல சிகிச்சைக்கு உட்படுத்தப்படுகின்றன. நோயிடங்களைச் சுற்றிலுமுள்ள நைவுகள் கொண்ட தோலை 1—2% போரோ சலிசிலிக் அல்லது 1—2% சலிசில் கற்பூரச் சாராயம் கொண்டு

துடைக்க வேண்டும். நீர்ச் சொரிதல்களையும், குளியல்களையும் தவிர்க்கும்படி பரிந்துரைப்பதற்குக் காரணம், அவை நோய்ப்பரவு வதற்கு துணை செய்யக் கூடும் என்பதாகும். எனவே தோலின் மற்ற பகுதிகளையும் மேற்கூறிய கரைசல்களைக் கொண்டு துடைக்க வேண் டும். குழந்தைகளில் கைவிரல்களின் இறுதிக் கணுக்களில் 2% அயோ டின்டிங்க்ச்சர் பூசப்படுகிறது.

சீழ் அழற்சி, மற்றும் மயிர்க் காலழற்சி, சிசு சீழ் கொப்புளக் கொள்ளை நோய் இன்னபிறவற்றில் நீர்க் கொப்புளங்களின் மேற் தோலை கத்திரி கொண்டு வெட்டி எடுத்து, சீழை, பஞ்சுருளை கொண்டு வெளியேற்ற வேண்டும். மயிர்க்கால் வாயழற்சியில், நீர்க் கொப்புளத்தைத் தொற்றறு ஊசி கொண்டு துளைத்து மேல் தோலை தொற்றறு கத்திரி கொண்டு அகற்ற வேண்டும். உறுதியாகப் பற்றியுள்ள சீழுறு பொடுகுகளை தாவர எண்ணெய் கொண்டு ஊற வைத்து மென்மைப்படுத்தி 15—20 நிமிடங்களுக்குப்பிறகு இடுக்கி கொண்டு அகற்ற வேண்டும். சரும அரிப்புகளில் 70° சாராயத்தில் 1—2% அனிலின் சாயங்களைக் (ஜென்ஷியன் வயலட், மீதைல் வயலட், பளீர் பச்சை) கலந்து பயன்படுத்தலாம். அதன் பின்னர் கீழ்க்கண்ட தொற்றுநீக்குக்களிம்புகளில் ஒன்றைத்தடவ வேண்டும். 5% கோலிமைசீன் (நியோமைசீன்), டைக்குளோர்ட்டெர்விசைக்கி ளின், 0.5—1—5% எரித்ரோமைசீன், 2—5% பாலிமிக்சின், 3% குளோர்டெராசைக்ளின், 1—3% டெட்ராசைக்ளின் களிம்பு, ஆகிய வை. 2—3% மஞ்சள் பாதரச ஆக்சைடுக்களிம்பு, 3—5% அம் மோனிய பாதரச களிம்பு, 5% டெர்மடால் (பிஸ்மத்சப்காலேட்), சீரோபார்ம்களிம்பு, 2—3% போரிக் அமிலப் பசை, தார்க் களிம்பு ஆகியவையும் பலன் தரும். கார்டிகோஸ்டீராய்டுகளோடு எதிர் உயிர் மருந்துகள் கொண்ட கிரீம்களும், களிம்புகளும் (ஆக்ஸிகார்ட், ஜியோகார்டன், டெர்மோசோலான்) ஆகியவை அண்மைக்காலங் களில் அதிகமாகப் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

தீராத அத்திப்புண் நோயாளிகளுக்கு சிகிச்சை அளிப்பதில், பொது மற்றும் தல மருந்துப்பொருட்களைப் பயன்படுத்துவதோடு மயிரகற்று குறடு கொண்டு மயிர்களை நீக்குவதும் அடங்கும். சவரம் செய்ய அனுமதிக்கக் கூடாது. சுற்றிலுமுள்ள ஆரோக்கிய மான தோல் பகுதிகளை 70° சாராயம் அல்லது வோட்கா கொண்டு துடைக்க வேண்டும்.

சீழ்க் கொப்புளம் (இக்திமா) அல்லது நாட்பட்ட புண்ணுற்ற சீழ்த்தோல் நோயாளிகளில் ஒரு நீர்த்த சல்பனமைடு பசை, புண் ணின் மேல் அப்பப்பட வேண்டும். பின்பு, சீழ்க் கொப்புளங்களாக உருவாக இருக்கும், நுண் நீர்க் கொப்புளங்களைத் துளைத்து கசிவை வெளியேற்றி பொடுகுகளை நீக்கி, சலிசிலிக் அல்லது சீரோபார்ம், இக்தம்மால் களிம்புகளைக் கொண்டு கட்டுக் கட்டி விட வேண்டும்.

சீழ்க் கொப்புளங்கள் மற்றும் பெரும் பிளவைகள், வியர்வைச் சுரப்பியழற்சிகள், குழந்தைகளின் போலிச் சீழ்க் கொப்புள நோய் ஆகியவற்றின் வெளித்தல சிகிச்சைக்கு தூய இக்தம்மால் அதிகமாகப் பயன்படுத்தப்படுகிறது. கனமான படலமாக அது அப்பப் பட்டு, ஒரு மெல்லிய பஞ்சடுக்கால் மூடப்பட வேண்டும். ஆக்சிகார்ட் மற்றும் ஜியோகார்டன், டெர்மோ சோலான் அல்லது போரிக் அமிலம், தார்க் களிம்பு போல பல களிம்புகள் பயன்படுத்தப்படு கின்றன. சீழ்க் கொப்புளத்திற்கு சிகிச்சை அளிக்கும் போது அதைச் சுற்றியுள்ள தோலை, சாராயம், மற்றும் ஈதர், பென்சால் ஆகிய வை கொண்டு தொற்று நீக்க வேண்டும். மேலும் தூய இக்த்தம் மாலை அப்புவதற்கு முன்னர் குறடு கொண்டு மயிர்களை கவனமாக நீக்கி விட வேண்டும்.

சீழ்த்தோல் பிணியில் இயன் முறை சிகிச்சை. குவார்ட்ஸ் பாதரச விளக்கு கொண்டு பொதுவான கதிர் வீச்சுத்தருவது சீழ்க் கொப்புள நோயும் மயிர்க்கால் அழற்சியும் (குறிப்பாக குளிர் காலத்திலும், இலையுதிர் காலத்திலும்) உள்ள நோயாளிகளுக்கு இதமளிக்கின்றன. ஒரு சீழ்க் கொப்புளம் அல்லது வியர்வை சுரப்பியழற்சியின் துவக்கக் கட்டத்தில் தோல் சிவப்பு கண்ட நோயிடங்களுக்கு குறியிடக் கதிர் வீச்சளிக்கும்போது, புற ஊதாக்கதிர்கள் தோல் சிவப்பு மேலளவும், அல்லது உயர் அலை மின்னோட்டமும் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

சீழ்த்தோல் பிணிகளைத் தடுத்தல்

சீழ் தோல் பிணியால் துன்புறுவோரும், ஆரோக்கியமானவர் களும், தங்கள் சுய சுகாதாரத்தைப் பேணுவது, இச்சீழுறு தோல் நோயைத் தடுப்பதில் மிகவும் முக்கியத்துவமானது. நோயூக்கும் காக்கை எனப்படும் உருளுயிர்கள், நோயாளியின் தோல் பரப்பு களிலும், சீழிலும் பெருமளவில் காணப்படுகின்றன. சீழ்த்தோற் பிணி கொண்ட ஒருவருக்கு தனியான படுக்கை விரிப்புகளும், துண்டு களும் தரப்பட வேண்டும். பயன் படுத்திய பிறகு சலவைக்கு அனுப்பு முன்பு அவற்றைக் கொதிக்கவைக்க வேண்டும். நோயாளி பயன்படுத் திய எல்லாக் கட்டுத் துணிகளையும் எரித்து விட வேண்டும்.

தனியாற் தடுப்பு முறைகளைத் தவிர, அவற்றுடன் குழுத்தடுப்பு முறைகளும், பொது நலம் பேணல் மற்றும், நலம் பேணும் நுணுக்க முறைகளும், இப்பொருள் பற்றிய கல்விப் பணியும் மேற்கொள்ளப் பட வேண்டும்.

குழந்தைகளுக்கான நிறுவனங்களில் சீழ்த்தோல் பிணி ஏற்படு வது குறிப்பாக ஆபத்தானதால், அங்குள்ள நோயுற்ற குழந்தைகள் உடனடியாக தனிமைப்படுத்தப்பட்டு, அவர்கள் முழுவதுமாக நலம் பெறும் வரையில் மற்றவர்களோடு பழக அனுமதிக்கப் படக்கூடாது.

மருத்துவப் பணியாளர்கள், எல்லாப் பணியிடங்களிலும், தூய்மை காப்பது பற்றி பிரச்சார இயக்கம் நடத்த வேண்டும். தேவைப் படுமிடங்களில் எல்லாம், நிர்வாகத்தினுடையவும், பொதுமக்களி னுடையவும் உதவியை நாடி அதனைச் செய்ய வேண்டும். அவர்கள் சிறு காயங்களுக்கு சிகிச்சை அளிப்பதற்கான முதலுதவிப் பெட்டிக ளோடு கூடிய, துப்புரவு நிலையங்களை நிறுவ வேண்டும். நீர்ச் சொரியல் அறைகளின் தூய்மை கடைப்பிடிக்கப்படுவது பற்றியும், பணியாளர்கள் துணிமணிகள் ஒழுங்காக மாற்றப்படுகின்றனவா எனவும், தூய்மையாய் உள்ளனவா என்பதையும் கண்காணிக்க வேண்டும்.

தொழிற்சாலை பணியாளர்கள் மற்றும் இயந்திர நுட்பனர்கள், பண்ணையாட்கள் ஆகியோரில் சீழ் தோல் பிணிக்கு முக்கிய காரணங் களான பணியின் போதேற்படும் சிறு காயங்களைப் பற்றி முக்கியக் கவனம் செலுத்த வேண்டும். எல்லாச் சிறு காயங்களுக்கும் உடனடி யாக 1—2% அனிலின் சாயக்கரைசலை அல்லது அயோடினைத் தடவி விட வேண்டும். கனிம எண்ணெய்களாலும், இரசாயனப் பொருட்களாலும், தோல் கறைபடாது காக்கப்பட வேண்டும். மிகை யான வியர்வை சுரப்பு, மற்றும் சருமம் நசிவடைதல், உடல் மிக்க குளிர்ச்சியடைதல் ஆகியவற்றிற்கு எதிரான முறைகளை மேற்கொள் ளுதல் அவசியம்.

உற்பத்திச் சாலைகளில் பாய்க்கின் முறை பரவலாகக் கடை பிடிக்கப்படுகிறது. பணி முடிந்த பிறகு, நீர் சொரிந்த குளித்து, கைகளை அம்மோனிய சாராயம் (இளஞ்சூடான இரண்டு லிட்டர் நீரில் 10 மி.லி. அம்மோனியா ஸ்பிரிட்) கொண்டு கழுவ வேண்டும். அதன்பின்னர் தோலை ஒரு துவலை கொண்டு ஒற்றித் துடைத்து (தேய்க்கக் கூடாது) வாசலைன் பூச வேண்டும்.

பொதுவான தெம்பூட்டு முறைகளாவன உடற்பயிற்சிகளாலும் விளையாட்டுக்களாலும் உடலை இறுகச் செய்தல், தூய காற்றோட் டமுள்ள இடங்களில் வழக்கமாக நடைபயிலுதல், நல்ல உறக்கம், அறிவு பூர்வ நாட்செயல் முறையும் உணவும் ஆகியனவாம்.

நல வழிக் கல்விப் பணி, துப்புரவு, நலம் பேணல் செய்திகளைப் பரப்புதல், சொற்பொழிவுகள், நல வழி பற்றிய சிறு புத்தகங்களும், சுவரொட்டிகளும் வெளியிடுதல் ஆகியவை சீழ் தோற்பிணியைக் கட்டுப்படுத்துவதில் மிகவும் முக்கியமானவை. உற்பத்தி மேற்கொள் ளப்படும் இடங்களிலும் பண்ணைகளிலும் பள்ளிகளிலும் குழுமங் களிலும் தங்குமிடங்களிலும் செவிலியர்கள் சொற்பொழிவாற்ற வேண்டும். சீழ் தோற்பிணி தோன்றுவதற்கான காரணங்கள், மற் றும் உடல் நலத்திற்கு அது விளைவிக்கும் கேடு, தொழிலாளர்களின் தற்காலிக இயலாமையால் உற்பத்தி முழுவதற்கும் ஏற்படும் கேடான விளைவுகள் ஆகியவை பற்றி அச்சொற்பொழிவுக்கான தலைப்புகள்

அமைய வேண்டும். நலம் பேணம் விதி முறைகள் மனதில் பதிய வைக்கப்பட வேண்டும். எல்லோருக்கும் உடனடியாக மருத்துவ உதவி அளிக்கப்பட வேண்டிய அவசியத்தை மட்டுமின்றி மருத்து வர்களின் அறிவுரையின்றி சிகிச்சை மேற்கொள்வது அனுமதிக்கப் பட முடியாதது என்பதையும் வலியுறுத்த வேண்டும்.

காளான் நோய்கள் (மைகோசிஸ்)

காளான் நோய்களின் காரணிகள், தோலின் மீதும், அதன் துணை உறுப்புக்களின் மீதும் ஒட்டுண்ணிகளாகக் காணப்படும் தருகாளான் களாகும் (பூஞ்சைகள்). பிணியுற்ற மனிதர்கள் அல்லது பிராணிகள் மூலமாவும் மற்றும் காளான்கள் படிந்த துணிகள் மற்றும் பொருள் களாலும் நோய்த் தொற்று பரவுகிறது. நான்கு வகை காளான் நோய்கள் பிரித்தறியப்படுகின்றன: 1. கெரட்டோமைகோசிஸ், 2. டெர்மடோமைகோசிஸ், 3. கேன்டிடியாசிஸ், 4. ஆழமான காளான் நோய்கள். கடைசி வகை மிகவும் அபூர்வமாகும்.

கெரட்டோமைகோசிஸ்

இத்தொகுப்பில் பிட்டிரியாசிஸ் (டீனியா) வெர்சிகோலார் மற்றும் எரித்தராஸ்மா ஆகியன அடங்கும். (சில ஆசிரியர்கள், எரித்ராஸ்மாவுக்கு கோரின்பாக்டிரியம் தான் காரணமெனக் கருதுகிறார்கள்). இந்நோய்கள் மிகவும் தொற்றவல்லவையல்ல. அவை, மேற்தோலின் வெளியிடுக்கில் மட்டும் நோய் மாற்றங்களை உண்டு பண்ணுகின்றன. அவை தோலில் அழற்சி விளைவுகள் எதனையும் உண்டாக்குவதில்லை.

பிட்டிரியாசிஸ் வெர்சிகோலார். உடற்பகுதியின் மேற்பகுதியில் மஞ்சள் நிறமும், கறுப்பு நிறமுள்ள புள்ளிகள் தோன்றுகின்றன. அவைடிங்க்ச்சர் அயோடினை வேகமாக உறிஞ்சிவிடுகின்றன. (அயோடின்சோதனை)



படம் 52. எரித்ராஸ்மா

எரித்ராஸ்மா. உடலெங்கும் தோலுரிந்து பழுப்பு நிற அல்லது மஞ்சள் சிவப்பு புள்ளிகள் இருப்பது அதன் குண இயல்பாகும். கவட்டிலும் தொடையின் முன்பரப்பிலும், மார் பகங்களுக்கு அடியிலும், அக்குள்களிலும் நோய்நைவுகள் வழக்கமாகக் காணப்படுகின்றன. (படம் 52)

மேற்கூறிய இரண்டு நோய்களும் நாட்பட்ட போக்குகளைக் கொண்டவையாகும்.

10—20% கந்தகம் கொண்ட களிம்புகள் அல்லது ரிசார்சினால் அல்லது 3—5% சலிசிலிக் அமிலம் கொண்ட சாராயக் கரைசல்களைக் கொண்டு பாதிக்கப்பட்ட பகுதிகளின் மேல் தேய்த்து இந் நோய்களுக்கு சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். 5% எரித்ரோமைசீன் களிம்பு கொண்டு சிகிச்சையளிப்பது எரித்ராஸ்மாவில் நல்ல பலன் தருகிறது.

டெர்மடோமைகோசிஸ்

டெர்மடோமைகோசிஸ் என்ற நோய்த் தொகுப்பில் எபிடெர் மோஃபைடோசிஸ் மற்றும் ரூப்ரோமைக்கோசிஸ், டிரைகோபைடோசிஸ், மைக்ரோஸ்போரோசிஸ், ஃபேவஸ் ஆகிய நோய்கள் அடங்கும். அவை தோலின் வல்லடுக்கையும், மயிரையும் நகங்களையும் பாதிக்கின்றன. தோலில் ஒரு அழற்சி விளைவு காணப்படுகிறது.

பாதங்களின் எபிடெர்மோபைடோசிஸ் (பாதப்படர்தாமரை, பாதப் படை, டீனியா அங்குவைவம்). இவற்றிற்குச் காரணம் எபிடெர் மோடைபானாகும். விரலிடை மடிப்புகளையும், பாதங்களையும் கால் விரல் நகங்களையும் இந்நோய் பாதிக்கிறது. இது மிகு தீவிரமாக தொற்றக் கூடியதாகும். பொதுக் குளியல் அறைகளிலும், நீர்ச் சொறிவரைகளிலும், நீச்சல் குளங்களிலும், காளான் தொற்றிய செதிள்கள், நோயுற்றவர்களின் கால்களில் இருந்து உதிர்ந்து, பாய்களிலும் கம்பளங்களிலும், அத்தோடு தேங்கிய நீரிலும், இடம் கொள்வதால் தொற்றுநிலை ஏற்பட்டு, நீண்ட கால அளவிற்கு நிலைத்து விடுகிறது. வீட்டிலும் கூட நோய்த்தொற்று ஏற்படக் கூடும். (மற்றவர்களுடன் படுப்பதால், நோயுற்றவரின் காலணி, கம்பள உடைகள் ஆகியவற்றை உபயோகிப்பதால்) பாதங்களில் மிக அதிகமாக வியர்ப்பதும், தட்டையான பாதமும், புண்களும், இடுக்கழற்சியும் சரியாகப் பொருந்தாத காலணிகளும், நோய்த் தொற்றுக்குக் காரணமாகின்றன.

பாதமேற்தோல் காளான் நோய், வெகுகாலத்திற்கு நீடிப்பதோடு கோடையிலும், இளவேனிற் காலத்திலும் (வியர்வை மிகுதியால்) நோய் மிகுதியாவது குறிப்பிடத்தக்கதாகும், இந்நோயில் பல்வேறு நோய் வடிவங்கள் அறியப்பட்டுள்ளன.



படம் 53. எபிடெர்மோபைடோசிஸ் வியர்வைக் கேடுவகை

செதிள்வகை. இதில் தகடு போன்ற செதிள்கள், பாதவளைவில் தோன்றுகின்றன. அத்துடன் மிதமான அரிப்பும் ஏற்படுகிறது. ஆய்வகத்தில் உருப்பெருக்கியின் துணை கொண்டு, காரணமான காளானைக் காண முடிவதால் மட்டுமே, இந்நோயை நிர்ணயிக்க முடியும். **இடுக்கழற்சி வகை.** செதிளுரிதலும், வெடிப்புகளும், ஈரநிலையும் 5, 4—வது விரல்களுக்கிடையேயும், 4 வது 3 வது விரல்களுக்கிடையிலும் தோன்றுகின்றன. இதனால் மேற்பரப்பு அரிப்புகள் உருவாகி, அவற்றை மேற் தோல் வெண்முடி சூழ்ந்துள்ளது. நோயாளிக்கு அரிப்பும், எரிச்சலுணர்வும் உண்டாகிறது. **வியர்வைக் கேடு வகை.** கடினமான, ஆழமான நீர்க் கொப்புளங்கள் தினை அளவு அல்லது பட்டாணி அளவில் பாதவளைவில் தோன்றுகின்றன. அவை ஒன்றிணைந்து வெடித்து அரிப்புகள் உண்டாகி, அவற்றை சுற்றிலும் வெண்மையான மசிந்த மேற்தோல் சூழ்ந்துள்ளது. (படம் 53) (பெரிய மற்றும் சிறிய கால் விரல்களின்) நகங்கள், கரும் மஞ்சளாகவும், தடித்தும் எளிதில் நொறுங்குபவையாகவும் உள்ளன. இந்நோயில் பெரும்பாலும் அழற்சிப் பொரிப்புகள், கைகளிலும், உடற்பகுதியிலும், கால்களிலுப் குறிப்பிடத்தக்கதாய் உள்ளன. அவை செதிள்களாகவும் புள்ளிகளாகவும் நீர்க்கொப் புளங்கள் மற்றும் சிறு கணுக்கள் ஆகிய வடிவில் தோன்றும், இவற்றிற்கு எபிடெர்மோபைடிடுகள் எனப் பெயர். உடனே ஏற்படும் இரண்டாம் நிலை நோய்த்தொற்று, இரண்டாந்தர சீழ் தோற்பிணியையும், செந்தோல் தொற்றையும் நிண நாள அழற்சியையும் விளைவிக்கக் கூடும்.

சிகிச்சை. எபிடெர்மோபைடிடுகள் மற்றும் எபிடெர்மோபைடோசிசின், இடுக்கழற்சி, வியர்வைக்கேடு ஆகியவைகளில் பொதுவான உணர்வு மிகு விளைவுக் குறைப்பு சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது.

பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கொண்டு இளஞ்சூட்டுப் பாதக் குளியல்கள் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன குளியலுக்குப் பிறகு, நீர்க் கொப்புளங்கள் கத்திரியால் வெட்டி எடுக்கப்பட்டு ரிவானால் (எத் தோடின்) தைலம் அல்லது ரிசார்சினால் கரைசல் பயன்படுத்தப்படு கிறது. முனைப்பு நிகழ்வுகள் தணிந்தவுடன் களிம்புகள் (அண்டெ சின், சிங்குண்டன், டைமாசோல்) பயன்படுத்தப்படுகின்றன. நைட் ரோஃபங்கின் நல்ல பயன் தர வல்லது.



படம் 54. பிட்டங்களின் ரூப்ரோமைகோசிஸ்

செதிள் வகை நைவுகளுக்கு, பெரெச்னோயின் கரைசல் பயன் படுத்தப்படுகிறது. அதில் 2 கிராம் தூய அயோடின், 2 கிராம் சோடி யம் அயோடைடு, 20 மி.லி. கிளிசரைன் உள்ளன. அத்துடன் 100 மி.லி. அளவிற்கு 20 அல்லது 40% அசிடிக் அமிலம் கரைசல் சேர்க் கப்படுகிறது. பாதிக்கப்பட்ட பகுதிகளில் 15—20 நாட்களுக்கு அது பூசப்படுகிறது பின்வரும் மாதத்தில் இப்பகுதிகளில் 2% டிங்க்ச் சர் அயோடின் கடுப்பு முறையாகப் பூசப்படுகிறது.

நோயாளியின் காலணிகள் தொற்றுநீக்கப்படுகின்றன. 10% ஃபார்மால்டிஹைடு கொயடு காலணிகளின் உட்பரப்பு, துடைக் கப்படுகிறது. தடித்த காகிதம் கொண்டு ஒன்றிரண்டு நாட்களுக்கு அவற்றைச் சுற்றி வைத்திருந்து பிறகு 12—24 மணி நேரங்கள் காற் றாட விடப்படுகிறது.

இந்நோயைத் தடுக்க பாதங்களை எப்போதும் சுத்தமாக வைத் திருக்க வேண்டும். தட்டைப் பாதமோ, பாதத்தில் வியர்வை சுரப்பு மிகையாக இருந்தாலோ, அவற்றிற்கு சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

புண்களும் தவிர்க்கப்பட வேண்டும். சுயசுகாதார முறைகள் கடைப் பிடிக்கப்பட வேண்டும். (தனிப் படுக்கை, தனியான காலணிகள், காலுறைகள் ஆகியவை) பொதுக் குளியலிடங்களிலும், நீர்ச் சொரி விடங்களிலும், நீச்சல் குளங்களிலும், குளிப்பதற்கென அமைந்த காலணிகளை அணிய வேண்டும். பொதுக் குளியல் இடங்களிலும், நீர்ச் சொறியும் இடங்களிலும் நீச்சல் குளங்களிலும், (பாய்கள், கம்பளங்கள், ஆகியவற்றின் தொற்று நீக்கல்) எபிடெர்மோபைட் டோசிசைத் தடுப்பதற்கான முறைகள் கையாளப்பட வேண்டும். நலக் கல்விப்பணி தொடரப்படுகிறது.

ரூப்ரோமைகோசிஸ் (செம்பூஞ்சை நோய்). *இது ஒரு தனி நோயாக அண்மைக்காலமாக அறியப்படுகிறது. பாதங்களின் தோல் மட்டு மின்றி உள்ளங்கைகளின் தோலும் பாதிக்கப்படுகிறது. தோல் பரப் பின் எந்தப் பகுதியும் பாதிக்கப்படக் கூடும். (படம் 54) (உடல் முழு வதும் உள்ள வகை, நாளமில்லாச் சுரப்பிகளின் கோளாறுகளில் காணப்படுகிறது) கை, கால்களின் எல்லா நகங்களும் பாதிக்கப்படு கின்றன. உள்ளங்கைகளிலும், உள்ளங்கால்களிலுமுள்ளவல்லடுக்கு தடிப்படைந்து இளஞ்சிவப்பாக மாறுகிறது. தோலின் பள்ளங்கள் ஆழமடைவதோடு, நுண்ணிய மாவு போன்ற செதிள்களால் நிரப்பப் பட்டுள்ளன. நகங்கள் மஞ்சளாக பளபளப்பிழந்து, தடித்து நொறுங் குகின்றன.*

சிகிச்சை. *வாய் வழியாக, கிரைசியோஃபல்வின் அளவாகக் கொடுக்கப்படுவதோடு, நோயிட உரிப்பும், தொற்று நீக்கு களிம்பு களை பயன்படுத்தலும் சிகிச்சையில் அடங்கும். (களிம்புகளில் சலி சிலிக் மற்றும் லேக்டிக் அமிலங்களும் ரிசார்சினாலும் அதிக சதவீ தத்தில் உள்ளன) ''டெர்மடோமைகோசிஸ் நோயாளிகளுக்கான சிகிச்சை'' என்ற பகுதியில் நகங்களுக்கான சிகிச்சை விவரிக்கப்பட் டுள்ளது.*

டிரைகோபைகோசிஸ், மைக்ரோஸ்போரோசிஸ், ஃபேவஸ்

இத்தொகுப்பைச் சார்ந்த காளான்கள், தோலின் வல்லடுக்கை யும், நகங்களையும் மயிர்களையும் பாதிக்கின்றன. (மற்றவகைக் காளான்களிலிருந்து இவற்றை வேறு படுத்திக் காட்டுவது, மயிர் களில் அவை ஏற்படுத்தும் நோய் மற்றதாகும்). தோலில் எப்போதும் ஒரு அழற்சி விளைவு தோன்றுகிறது. பூஞ்சையின் (காளானின்) முக்கிய ஓம்புயிராக ஒரு பிராணி இருக்குமாயின், அந்த நோய் தீவிர மாக உள்ளது. அல்லது ஒட்டுண்ணி மனிதமயிர் மற்றும் அதன் துணை யுறுப்புக்களை ஒட்டியுண்டு வாழ்வதாயின் விளைவு குறைவான தாயுமிருக்கும். டிரைகோபைடோஸிசில் பல வகைகள் உள்ளன: மேலெழுந்த வாரியானது, நாட்பட்டது, (இவற்றை விளைவிக்கும்

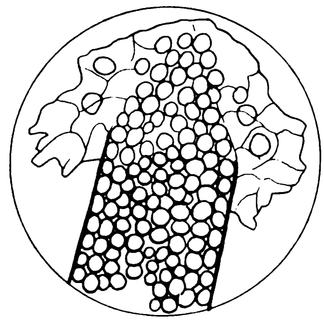
பூஞ்சைகள், மனிதர்களில் மட்டுமே ஒட்டுண்ணியாகயுள்ளன) பிராணி நாடும் வகை, ஆழ்ந்தவகை, (இந்தக் காளான்கள், பிராணி களின் தோலில் ஒட்டுண்ணியாக உள்ளன. வழக்கமாக பசுக்களும், கன்றுகளும், சில போது குதிரைகள் மற்றும் சுண்டெலிகள், எலிகள், அபூர்வமாக கொறிக்கும் உயிரினங்களின் தோலிலும், சில சமயங் களில் அவை மனிதரின் தோலிலும் ஒட்டுண்ணிகளாக இருக்கக் கூடும்) மைக்ரோஸ்போரோசிஸ், மைக்ரோஸ்போரம் லேனசும் காளா னால் ஏற்படுகிறது. (இவை பூனைக் குட்டிகள், பூனைகள், நாய்கள், மனிதர்கள், ஆகியோரின் தோலில் காணப்படுகிறது) மனிதத் தோலில் காணப்படும், மைக்ரோஸ்போரம் பெர்ருஜினியம் இதற்குக் காரணமாகும். ஃபேவஸ், சில விலங்கினங்களையும் மனிதர்களை யும் பறவைகளையும் பாதிக்கிறது.

நோய்ப்பரவியல். சருமத்திலும் அதன் துணை உறுப்புக்களில் மட் டுமே இவை காணப்படும். நோயூக்கும் காளான்களால் உண்டாகும் டெர்மடோமைகோசிஸ் (மேலெழுந்தவாரியான மற்றும் நாட்பட்ட டிரைகோபைடோசிஸ், மைக்ரோஸ்போரம் பெருஜினத்தால் தோன் றிய மைக்கேஸ்போரோசிஸ், ஃபேவஸ்), நோய் தொற்றுவது எப் படியெனில் நோயுற்றவருடன் நேரடியாகத் தொடர்பு கொள்ளுதல் அல்லது பொதுவாக பயன்படுத்தப்படும் தட்டுமுட்டுச் சாமான்கள் (சீப்புகள், தொப்பிகள், கைக் குட்டைகள், உடைகள், படுக்கை விரிப்புகள், மின்சவரக் கத்திகள்) மூலமாக காளான் தொற்று ஏற் படுகிறது. அவற்றில் நோய் தொற்றிய மயிர் மற்றும் செதிள்கள், பொடுகுகள் காளானின் மைசீலிய இழைகள் அல்லது ஸ்போர்கள் ஒட்டிக் கொண்டிருப்பதால், அவை மாசுபட்டுள்ளன. நோயால் பாதிக் கப்பட்ட பெரியவர்களுடன் வீட்டில் ஏற்படும் நேரடித் தொடர் பால், குறிப்பாக மேற்பரப்பு டிரைக்கோபைடோசிஸ், தொற்று கிறது. தூய்மையும், நலம் பேணலும் புறக்கணிக்கப்பட்ட குடும்பத் தின் நோய் கொண்டவருடன் ஏற்படும் நீண்ட காலத் தொடர்பால், ஆரோக்கியமுள்ள மற்றவர்களுக்கு ஃபேவஸ் பரவுகிறவு.

நோயுண்டாக்கும் பூஞ்சைகள், விலங்கினங்களின் மற்றும் மனி தர்களின் தோலின் ஒட்டுண்ணிகளாக உள்ள டெர்மடோமைகோ சிசில் (பிராணி நாடும் அல்லது ஆழடிரைகோஃபைட்டோசிஸ் மற்றும் மைக்ரோஸ்போரம் லானோசத்தால் உண்டான மைக்ரோஸ்போர சிஸ்) நோயுற்ற விலங்குகளுடன் நேரடித் தொடர்பாலோ (கன்று கள், பூனைகள் மற்றவை) அல்லது இந்தப் பிராணிகளிலிருந்து (சுண்டெலிகளும், எலிகளும்) விழுந்த தொற்றுக் கொண்ட மயிர், செதிள்கள், ஆகியவற்றைக் கொண்ட பொருட்கள் மூலமாகவோ அல்லது நோயுற்றவர்களோடு நேரடித் தொடர்பு மூலமாக அல்லது அவர்கள் கையாளும் அன்றாடப் பொருட்களின் மூலமாக காளான் நோய் தொற்றுகிறது. நலம் பேணல் முறைகள் ஒழுங்காகக் கடைப்

பிடிக்கப்படாத நாவிதர் கடைகளில், வாடிக்கையாளர் முடிவெட்டுதல் செய்து கொள்ளும் சவரத்தின் மூலமாக ஒட்டுண்ணித்தாடை நோய் அவரைத் தொற்றக்கூடும்.

மேலெழுந்தவாரியான டிரைகோபைட்டோசிஸ். இதை டிரைகோபைட்டான் எண்டோதிரிக்ஸ் காளான் உண்டாக்குகிறது. இவற்றிற்கு அப்பெயர் கொடுக்கப்பட்டதன் காரணம், இவற்றின் ஸ்போர்களும், மைசீலிய இழைகளும் மயிருக்கள் காணப்படுவதாலாகும். (கிரேக்க மொழியில் **எண்டான்** என்றால் உள்ளே எனப்பொருள் **திரிக்ஸ்** என்றால் மயிர்) உருப் பெருக்கியின் மூலம் ஒரு ரோமத்தைப் பரிசோதிக்கும் போது இதைத் தெளிவாகக் காண முடிகிறது. (படம் 55) ஸ்போர்கள் பெரியவையாகவும், நெடுக்குச் சங்கிலியாகவும் அமைந்துள்ளன.



படம் 55. டிரைகோபைட்டான் எண்டோதிரிக்ஸ் (வரை படமாக காணப் படுகிறது)

மேற்பரப்பு டிரைகோபைடோசிஸ், பெரும்பாலும் பள்ளி வயதுக் குழந்தைகளையும், பள்ளி வயதுக்குக் குறைவான குழந்தைகளையும் பாதிக்கிறது. எனினும் சில சமயம் மிகச்சிறிய குழந்தைகளையும் பாதிக்கிறது. பெரியவர்களும், 16—17க்கு மேற்பட்டவயதினரும் மிகவும் அரிதாகவே பாதிக்கப்படுகின்றனர். மண்டைத் தோலில் மிகச் சிறிய வட்ட அல்லது நீள்வட்ட, இளஞ்சிவப்பு நிறத்தவிடு போன்ற செதிள்களால் மூடப்பட்ட நோய் மையங்கள் ஏற்படுகின்றன. அவ்விடங்களில் இங்குமங்குமாக மயிர்கள் சேதமடைந்துள்ளன. தோல் மட்டத்திலிருந்து 1—3 மி.மீ. கீழ் வரை பாதிக்கப்பட்ட மயிர்கள் இற்று விழுந்துவிடுகின்றன. (ஸ்டப்கள்) பார்ப்பதற்கு பூச்சியரித்த மென்மயிர்த்தோல் போல் காட்சி தருகிறது. (படம் 56) நோய் நீண்ட காலத்திற்கு நீடிக்கிறது. எந்த சிகிச்சையும் தரப்படாவிடில் பருவமடையும் காலத்தில் நோயிலிருந்து மீள்கிறதா் அல்லது அது, நாட்பட்ட டிரைகோபைடோசிசாக மாறுகிறது. மென்மையான தோல் தனியாகவோ அல்லது மண்டையுடன் சேர்ந்தோ பாதிக்கப்படுகிறது. இளஞ்சிவப்பு நிற, கூர்மையாக வரையறுக்கப் பட்ட திட்டு ஒன்று தோலில் தோன்றுகிறது. அதன் நடுப்பகுதி வெளுத்து, விட்டுச் செதிள்களால் மூடப்படுகிறது. நோயிடத்தைச் சுற்றிலுமுள்ள பகுதியில், விளிம்பு குருதி மிகைத்து அதன் மேல் ஊசித்தலையளவு நீர்க் கொப்புளங்களும், பொடுகுகளும் தோன்றுகின்றன. புள்ளிகள் பெரிதாகி ஒன்றோடொன்று இணைந்து ஆழமான விளிம்புகளுடன் கூடிய பெரிய குவியமாக மாறுகின்றன. உட

லின் திறந்த பகுதிகளே மிகவும் பாதிக்கப்படுகின்றன. 2% குழந்தைகளில் நகங்கள் பாதிக்கப்படுகின்றன. அவை ஒரே சீராக இல்லாது சாம்பல் நிறமடைந்து எளிதில் நொறுங்கி உடைபடுகின்றன.

நாட்பட்ட டிரைகோபைட்டோசிஸ். இந்நோய் முக்கியமாக பெண்களில் காணப்படுகிறது. மேற்பரப்பு டிரைகோபைட்டோசிஸ்கான காரணங்களே இவற்றிற்கும் பொருந்தும். நரம்பு மண்டல மற்றும் நாளமில்லா சுரப்பிகள் ஆகியவற்றின் நோய்களும், மாதப்போக்கு கருவகச்சுழல் பருவக் கோளாறுகளும், மேற்பரப்பு டிரைகோபைட்டோசிஸ், நோயை, நாட்பட்ட ஒன்றாக மாறதுணை செய்கின்றன. தலையின் பின்பகுதியிலும், பொட்டுப்பகுதியிலும் தவிட்டுச் செதில்களையும், கரும் புள்ளிகளையும், (பாதிக்கப்பட்ட மயிர்கள் மென்தோல் மட்டத்தில் விழுந்துவிடுகின்றன) மிகச் சிறிய நலவுத்தளும்புகளும் கொண்ட சிறு வழுக்கையிடங்களையும் காணலாம், மென்தோலில் இருபக்க நோயிடங்கள், குருதிமிகுந்து, நீலமித்து, மங்கலான வெளி எல்லைகளை கொண்டு, சிறிது செதிள் நீக்கு வடிவத்துடன் தோன்றுகின்றன. (பெரும்பாலும் பிட்டங்களிலும், முன்கால்களிலும்). 20% நோயாளிகளில் பல அல்லது எல்லா நகங்களுமே பாதிக்கப்படுகின்றன.

பிராணிநாடும்—ஊடுருவி சீழ்த்த—ஆழமான டிரைகோபைடோசிஸ். இவ்வகைநோய் முன்பெல்லாம் ஆழ,



படம் 56. மேற்பரப்பு டிரைகோபைட்டோசிஸ் (டீனியா) கேபிட்டிஸ்



படம் 57. பிராணி நாடும் (ஆழ) டிரைகோபைடோசிஸ் கேபிடிஸ்

சீழ்த்த டிரைகோபைடோசிஸ்என அழைக்கப்பட்டது. ஆனால் மேற்பரப்பு ($^1/_3$) மற்றும் புகுந்து பரவும் (ஏறக்குறைய $^1/_3$ நோயாளிகளில்) பாதிப்புப்பகுதிகள், இவ்வகை நோயாளிகளில் அண்மைக்காலங்களில் கண்டறியப்பட்டதால், இப்போது இந்த நோய் பிராணி நாடும் டிரைக்கோபைட்டோசிஸ் என (அல்லது ஊடுருவி—சீழ்த்த); வேறு வார்த்தைகளில்சொல்வதானால், பெரும்பாலும் பிராணிகளின் தோலில் ஒட்டுண்ணிகளாயுள்ள காளான்களால் ஏற்படும் டிரைகோபைடோசிஸ் என அழைக்கப்படுகிறது. பிராணி நாடும் டிரைக்கோபைட்டோசிஸ் ஏற்படக் காரணம் டீ எக்டோதிரிக்ஸ் என்ற காளானாகும். (கிரேக்க மொழியில் எக்டோ—வெளியே திரிக்ஸ்—மயிர்) அதாவது இந்தக் காளானின் மைசீலிய இழைகளும், ஸ்போர்களும், பெரும்பாலும் மயிரின் பரப்பில் (வெளிப்புறத்தில்) காணப்படுகின்றனர். பெரிய ஸ்பேர் கொண்ட (மெகாஸ்போர்) டீ எக்டோதிரிக்ஸ் என்பது பசுக்கள் மற்றும் கன்றுகள், குதிரைகள் ஆகியவற்றில் ஒட்டுண்ணிகளாக இருப்பது; சிறிய ஸ்போர் கொண்ட (மைக்ராய்டு) டீ எக்டோதிரிகஸ் என்பது சுண்டெலிகளிலும் எலிகளிலும் ஒட்டுண்ணியாயிருப்பது என அவை வேறுபடுத்தப்பட்டுள்ளன. பசுக்கள் மற்றும் குதிரைகள், ஆடுகள் அல்லது மற்ற பிராணிகளிலிருந்தும், கொறித்துத் திண்ணும் பிராணிகளின் மயிர்களில் சிறிய ஸ்போர்கொண்டட்ரைக்கோபைடான் தொற்றக்கூடுமாதலால் அவற்றின் மூலமாகவும் பின் குறிப்பிட்ட காளான் தோன்றுவது இயலக்கூடியதே. மயிருக்கு வெளியில் உள்ள ஸ்போர்கள், நெடுக்குச் சங்கிலிகளாக அமைந்துள்ளன.

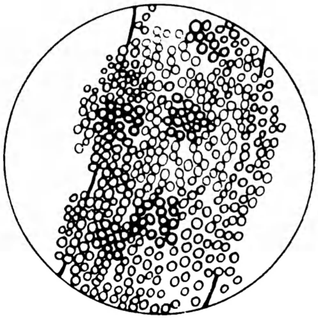
மண்டை மேற்தோலில் தனிப் பாதிப்பிடங்கள் தோன்றுகின்றன. இவை மிகப் பெரிதாகவும், குறிப்பாகக் குருதி மிகுந்தும் ஊடுருவியும், பெரும் எண்ணிக்கையில் சீழ்த்த சதைப் பொடுகுகளால் மூடப்பட்டு உள்ளன. (படம் 57) பொடுகுகள் நீக்கப்பட்டவுடன் எப்படி ஒவ்வொரு தனி மயிர்க்கால்களில் இருந்தும் சீழ் வருகிறது (மயிர்க்கால் சீழ்க் கட்டி) எனக் காண முடிகிறது. தேனமையிலிருந்து ஒழுகும் தேனைப் போல், இச்சீழ் தோன்றுகிறது. எனவே இந்நோய் சில சமயங்களில் கெரியான் (கிரேக்க மொழியில் கெரியான் என்றால் தேனடை எனப் பொருள்) என அழைக்கப்படுகிறது. இந்நோய் முனைப்பான போக்கு கொண்டு, காய்ச்சலும், தலைவலியும், நோயிடத்தில் எரிச்சலும், வலியும், மிக அருகில் உள்ள நிணக்கணுக்கள் பெரிதடைந்தும் உள்ளன. மேலே குறிப்பிட்டது போல் பிராணி நாடும் டிரைகோபைடோசிசில் முனைப்பான அழற்சி மையங்கள் இல்லாமலும் இருக்கலாம். அப்போது ஒரு சிறிய ஊடுருவல் மட்டும் உள்ள நோயிடத்தில் சீழ்த்த பொடுகுகள் இருப்பதில்லை. மயிரில் காளான் அமைந்துள்ள இடத்தைப் பொறுத்து நோய் கணிக்கப்படுகிறது. முகத்திலும், கழுத்திலும் உள்ள தாடிப் பகுதித் தோலில்

தோன்றும் பிராணி நாடும் டிரைகோபைட்டோசிஸ் ஒட்டுண்ணித் தாடைப்புண் என அழைக்கப்படுகிறது. இது ஒட்டுண்ணிகளாலல்லாமல், ஸ்டாபிலோகாக்கசு கிருமியால் ஏற்படும் தாடைப்புண்ணில் இருந்து மாறுபட்டது. சிகிச்சையளிக்கப்படா விடில் நோய் சில மாதங்களில் தீர்ந்து, தழும்பும், முழு அல்லது பகுதி வழுக்கையும் மிஞ்சுகின்றன.

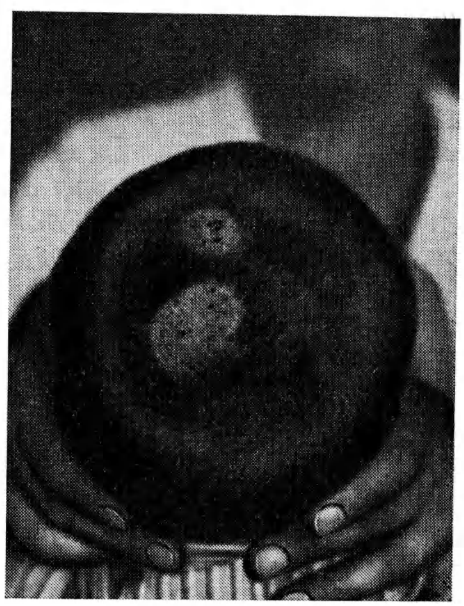
மென்தோலின் வெளிப்பரப்புகளில் தனியான நோய் மையங்கள் தோன்றுகின்றன. உச்சந்தலையில் ஏற்படும் நோய் மாற்றங்களில் இருந்து அவற்றின் நோய்த் தோற்றம் மாறுபட்டதல்ல.

மைக்ரோஸ்போரோசிஸ். இது மைக்ரோஸ்போரம் காளானால் ஏற்படுகிறது. அவற்றின் நுண்ணிய ஸ்போர்கள், சங்கிலி வடிவில் தொடர்ச்சியாக இன்றி, மயிரின் வெளிப்பக்கம் அங்கங்கே சிதறியுள்ளன. (எக்டோதிரிக்ஸ்) அவற்றிற்கு உறையளித்தது போல் (படம் 58).

மை. லேனோசம் என்பது பூனைகள், மற்றும் பூனைக்குட்டிகள் ஓரளவில் நாய்கள் ஆகியவற்றின் தோலின் மேலுள்ள ஒட்டுண்ணியாகும். மை. பர்ருஜினியம் என்பது மனிதத் தோலின் மீது மட்டும் காணப்படும் ஒட்டுண்ணியாகும். மை. லேனோசம் உண்டாக்கும் மைக்ரோஸ்போராஸிஸ் 14 வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளை தாக்குகிறது. ஒரு பெரிய (மிகவும் அரிதாக பல) பாதிப்பிடம் தோலில் தோன்றுகி



படம் 58. மைக்ரோஸ்போரம் (வரைபடமாகக் காட்டப்பட்டுள்ளது)



படம் 59. மைக்ரோஸ்போரோசிஸ் கேபிடிஸ்

றது. இக்குவியம் வட்ட அல்லது நீள வட்ட வடிவில்தெளிவாக குறியிடப்பட்ட எல்லைக் கோடுகளுடன் அமைந்து, தவிட்டுச் செதிள்களைக் கொண்டு மூடப் பட்டுள்ளது. (படம் 59) அதன் சிறப்புத் தன்மை என்னவெனில் அதன் பரப்பிலுள்ள எல்லா மயிர்களும் பாதிக்கப்பட்டுள்ளன. அவை தோலின் பரப்பிலிருந்து 5—8 மி.மீ. உயரத்தில் முறிந்து விழுகின்றன. பெரும்பாலும் வேரின் அடிப்பகுதியில் ஒரு வெண்ணுறை காணப்படுகிறது. இவை மயிரைச் சுற்றிலும் பட்டை போலமைந்த காளானின் ஸ்போர்களாகும்.

மைஃபெர்ருஜெனியம் என்ற பூஞ்சைக் காளான், மனிதர்களை மட்டுமே பாதிக்கிறது. மிகவும் அதிகமாகத் தொற்றவல்ல தன்மையால் அது மற்றவற்றிலிருந்து பிரித்தறியப் படுகிறது. குழந்தைகள் குழுமியுள்ள இடங்களில் திடீரென்று வேகமாகப் பரவுகிறது. பல்வேறு அளவுகளிலும் வடிவங்களிலும் உரியும் தன்மையுள்ள குவியங்கள் ஒன்றோடொன்று இணைந்து மண்டைத் தோலில் தோன்றுகின்றன. குவியங்களின் எல்லைகள் தெளிவாக இருப்பதில்லை. உச்சந்தலைத்தோலை மூடி மென் தோலுக்கும் பரவும் நோய் மாற்றம், நம்ப முடியாத பல வடிவங்களை கொண்டுள்ளது. (வளையத்துள் வறையம், வில்வளைவுகள், மாலைகள்). குவியத்திலுள்ள மயிர்கள் தோல் பரப்பிலிருந்து 5—8 மி.மீ. உயரத்தில் பிய்ந்துவிடுகின்றன.

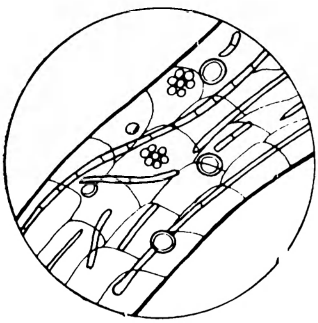
மென்தோலைப் பாதிக்கும் மைக்ரோஸ்போரோசிஸ் பெரும்பாலும் மென்தோலின் மேற்பரப்பு டிரைகோபைடோசிசை ஒத்துள்ளது. ஆனால் மை. லேனோசம் தொற்றியுள்ள போது, நோயிடங்கள் பல டஜன்கள் எண்ணிக்கையில் உள்ளன. மை. பர்ருஜினியம் நோயூக்கும் பிரமிக்கத்தக்க வடிவங்களை அது பெறுகிறது (வளையத்தினுள்).

மைக்ரோஸ்போரம் தொகுப்புக் காளான்களால் பாதிக்கப்பட்டுள்ள மயிர், ஒரு இருட்டறையில், பேரொளி வடிப்புள்ள மெர்குரி குவார்ட்டஸ் விளக்கைக் கொண்டு கதிர் வீச்சளிக்கும்போது பச்சை பிறப் பளிச்சொளியை உமிழும் தன்மை கொண்டு, மைக்ரோஸ் போரோசிஸ் நோயைக் கணிக்க முடிகிறது.

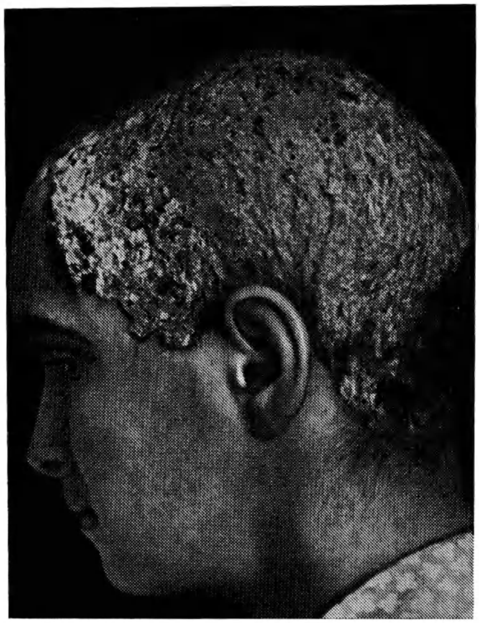
ஃபேவஸ். அகோரியன் ஷோன்லினி (டிரைகோபைடான் ஹேன்லினி) என்ற காளானால் உண்டாகிறது. இது மனித மயிர், மற்றும் இதன் துணையுறுப்புக்களில் ஒட்டுண்டு வாழ்கிறது. மயிருக்குள் அது காணப்படுகிறது. (எண்டோதிரிக்ஸ்) மயிரில் மைசீலிய இழைகள், மற்றும் ஸ்போர்கள் பல வேறு வித அளவுகளிலும் வடிவங்களிலும் இருப்பதால் இதை வேறுப்படுத்தி அறிய முடிகிறது. (படம்60)

மைக்ரோஸ்போரோசிஸ், அல்லது டிரிகோபைட்டோசிசை விட, ஃபேவஸ் மிகவும் தொற்றும் வல்லமை குறைந்தது. குழந்தைப் பருவத்தில் ஃபேவஸ் ஒருவரைத் தொற்றக் கூடும். ஆனால், அவரின் வாழ் நாள் முழுவதும் நீடிக்கிறது.

களிமண் மஞ்சள் கோப்பை வடிவ பொடுகுகள் (ஸ்குடுலா) உச்சந்தலையிலும் மென் தோலிலும் தோன்றுகின்றன. ஸ்குட்டுலத்தின் மையத்தின் ஊடாக மயிர் செல்லக் கூடும். ஸ்குட்டுலம் நொறுங்



படம் 60. டிரைகோபைடான் ஷோன்லீனி (வரை படவிளக்கம்)



படம் 61. மண்டைத் தோலின் ஃபேவஸ்

கும் போது ஒரு நிலையான நலிவிடம் எஞ்சுகிறது. (புதிய மயிர்கள் இங்கு வளருவதில்லை) பாதிக்கப்பட்ட மயிர்கள் விழுந்து விடுவதில்லை. ஆனால் ஒளியற்று, அழுக்குமுடிந்தது போன்று நரை நிறத்தில் பொய் முடித் தொப்பி போன்று தோன்றுகின்றன. மண்டைத்தோல் முழுவதும் பாதிக்கப்பட்டுள்ள போது, சுற்றிலும் முழுவதுமாக ஆரோக்கியமான மயிர் கொண்டு, ஒரு கீற்றுப்பகுதி நிலைத்துள்ளது. (படம் 61) நோயாளிகளிடத்தில் ''சுண்டெலி'' தவிடு வாடை வீசுகிறது. பாதிக்கப்பட்ட அழுக்கு மஞ்சள் நிறமாகவும், தடித்தும், சீரற்று நொறுங்கக் கூடியனவாயும் உள்ளன.

தோல் காளான் நோய்களின் ஆய்வக நிர்ணயம்

டாக்டர்களும், ஆய்வகப்பணியில் சிறப்பான பயிற்சி பெற்றுள்ள மருத்துவர்களின் உதவியாளர்களும், நோயிட காளானின் நுண் நோக்கு, வளர்மக்கணிப்பியல்களைப் பற்றி நன்கு அறிந்திருக்க வேண்டும்.

நோயிடக் காளான் பொருளை, ஆய்வக சோதனைக்காக (முக்கியமாக உருப்பெருக்கிக்கணிப்பு) செவிலியர்கள் அடிக்கடி திரட்ட வேண்டியிருக்கும். ஆய்வகச் சோதனைகளின் முடிவுகள் பெரும்பாலும், மாதிரிப் பொருளை சரியான முறையில் சேகரிப்பதையும், அதை ஆய்வகத்திற்கு அனுப்பும் முறையையும், உடனிணைந்த படிவங்களை முறையாக பூர்த்தி செய்து அனுப்புவதையும், பொருத்துள்ளது.

எந்த ஒரு காளான் நோயிலும் எதைச் சேகரித்து அனுப்ப வேண்டும் என்பது செவிலியர்க்குத் தெரிந்திருக்க வேண்டும். மாதிரியை, காளானியல் ஆய்வகத்திற்கு அனுப்பும்போது மற்ற ஆய்வகச் சோதனைகளுக்கு அனுப்புவதைப் போலவே, உடனிணைந்த ஒரு படிவத்தில், நோயாளியின் முழுப்பெயர், அவரது மருத்துவ வரலாற்றுக் குறிப்பெண் (பகுதியும், துறையும்) அனுப்பப்படும் பொருளின் பெயர், என்ன நோக்கத்துக்காக ஆய்வகத்திற்கு அனுப்பப்படுகிறது, உத்தேசமான கணிப்பு, என்ன நோய் என்ற விபரங்களுடன் இருக்க வேண்டும்.

உச்சந்தலைத் தோலில் மேற் பரப்பு டிரைகோபைடோசிஸ் நோயுள்ள போது குட்டையான முறிந்த மயிர்களை (ஸ்டப்புகள்) உருப்பெருக்கிப் பரிசோதனைக்காக எடுக்க வேண்டும். முறிந்த மயிர்கள் பொடுகுகளுக்கு அடியில் மறைந்துள்ள போது மயிரெடுப்பு குறடு கொண்டு செதிள்களைக் கூர்மையாகப் பொறுக்கி எடுப்பது அவசியமாகும். பிறகு செதிளின் அடுக்கப்பக்கத்தில் அல்லது மண்டைத்தோலின் மேல், குட்டையான முதிர்ந்த மயிர்களை ஒருவரால் எளிதில் காண முடியும்.

மண்டைத்தோலின் நாட்பட்ட டிரைகோபைடோசிஸ் நோயில், மென்தோல் மட்டத்தில் முறிந்துள்ள மயிர்களை (கரும்புள்ளிகள்) சோதனைக்கு எடுக்க வேண்டும். இது எளிதான காரியமல்ல. ஒரு ஊசி கொண்டு மயிரின் அடிப் பகுதியில் அழுத்துவதன் மூலம் ''கரும்புள்ளிகளை'' நீக்குவது அவசியம். மயிர்களிலிருந்து சில மில்லி மீட்டர் தூரத்திற்கு மயிர் வெளியே நீட்டியுள்ளபோது, மயிரெடுப்பு குறடு கொண்டு, அதனைப் பற்றி மயிர்க்காலிலிருந்து வெளியே எடுத்து பரிசோதனைக்கு அனுப்ப வேண்டும்.

பிராணி நாடும்—ஊடுருவு வகை சீழுறுடிரைகோபைடோசிஸ் தோலிருப்பதாக சந்தேகிக்கும் போது, சோதனைக்கான மயிரை, நோயிடத்தின் புறச் சுற்றுப் பகுதியில் இருந்து எடுக்க வேண்டும். ஏனெனில் நோயிடத்தின் மையத்திலுள்ள சீழ், காளானைக் கரைத்து அழித்திருக்கக் கூடும்.

மண்டைத்தோலின் மைக்ரோஸ்போரோஸிஸ் நோயில் தோலுக்கு (5—8 மி.மீ.) மேலே முறிந்துள்ள மயிர்களை சோதனைக்கு எடுக்க வேண்டும். இந்த மயிர்களின் அடிப் பகுதியில் பெரும்பாலும், ஒரு

சிறு வெண்ணுறை உள்ளது. இவை, மயிரை ஒரு பட்டை போல் சூழ்ந்துள்ள காளான்களின் ஸ்போர்களாகும்.

மண்டைத் தோலில் ஃபேவஸ் உள்ள போது பரிசோதனைக்கு எடுத்துக் கொள்ள வேண்டியது முறிந்த மயிர்களையல்ல. ஆனால் குறிப்பாக மாறியுள்ள மயிர்களையே (ஒளியற்று நரைத்து, அழுக்கடைந்தது போல், அவற்றின் இயற்கையான பளபளப்பை இழந்து, நாராகப் பிரிந்த கயிறு போல உள்ள) எடுக்க வேண்டும்.

நோய் மாற்றம், மென்தோலில் மட்டும் இடமமைந்துள்ளபோது, பூஞ்சைச் சோதனைக்கு எடுக்கப்பட வேண்டிய மாதிரியை நோயிடத்தின் புறச் சுற்றுப்பகுதியில் இருந்து அல்லது விளிம்பிலிருந்து எடுக்க வேண்டும். சில சமயங்களில் மாதிரியை எடுப்பதற்கு முன்பு, 1—2 நாட்களுக்கு ஒரு ஒட்டுப்பிளாஸ்திரி கொண்டு இப்பரப்பை மூட வேண்டும்.

நகங்கள் பாதிக்கப்பட்டுள்ள போது நகத்தகட்டின் மேல் அடுக்குகளில் இருந்து ஒரு அறுவைக் கத்தி கொண்டு மாதிரியைச் சுரண்டி எடுக்க வேண்டும். (டிரைகோபைடோசிஸ், யீஸ்டுநோய்களில்). மற்ற வியாதிகளில் நடுப்பகுதிகளில் இருந்து எடுக்க வேண்டும். துளையிடு கருவியைப் பயன்படுத்தலாம். நகத்தின் முன்விளிம்பு பாதிக்கப்பட்டிருந்தால், கத்திரி கொண்டு அகற்றி விடலாம்.

டெர்மடோமைகோசிஸ் (தோல் காளான்) நோயாளிகளுக்கான சிகிச்சை

நோயின் இடமமைப்பு, அழற்சியின் தீவிரம், நோயாளியின் வயது ஆகியவற்றைக் கணக்கில் கொண்டு, அட்டவணைகளின் படி தோல் காளான் நோய்களுக்குச் சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

மண்டைத் தோல் பாதிக்கப்பட்டுள்ள போது கிரைசியோபல்வினை பயன் படுத்த வேண்டும். இந்தக் காளான் எதிர், எதிர் உயிர் மருந்து 0.125 கிராம் மாத்திரைகளாக உள்ளது. கிலோவிற்கு 21—22 மி.கி. அலகில் தினமும் அது கொடுக்கப்படுகிறது. தினமும் மூன்று வேளையாக ஒரு தேக்கரண்டி தாவர எண்ணெய் அல்லது மீன் எண்ணெயில் அது கொடுக்கப்படுகிறது. சிகிச்சையின் போது, வாரம் ஒரு முறையாவது மயிரை மழிக்க வேண்டும் ஏனெனில் தோலில் பரப்பின் 2—3 மி.மீ. வெளியே மயிரின் மேலேயே மருந்து தங்கி விடுகிறது. வெளி சிகிச்சை அதே நேரத்திலேயே கொடுக்கப்படுகிறது. தோலில், காலையில் 2% அயோடின் டிங்க்சரைப் பூச வேண்டும். மாலையில் கந்தக தார்களிம்பை (10% கந்தகம் 3% தார்) தடவ வேண்டும், அல்லது ஒவ்வொரு நாள் காலையிலும் சோப்பும், பிரஷூம் கொண்டு மயிரைக் கழுவிவிட்டு மாலையில் 2% அயோடினையும், வில்கின்சன் களிம்பையும் தடவ வேண்டும். கிரைசியோபல்வின் ஒவ்வொரு நாளும் இரண்டு தடவை, சோதனை

யில் காளான் இல்லாத நிலை வரை கொடுக்க வேண்டும். சிகிச்சைக்காக, கிரைசியோபல்வின் கொடுக்கப்படக் கூடாது போது (குருதி மற்றும் கல்லீரல், சிறுநீரக நோய்கள் பார்ஃபைரியா) முதலில் 4% எபிலின் (மயிரகற்று) பிளாஸ்திரி கொண்டு மயிரை நீக்க வேண்டும். தலை மழிக்கப்பட்டு நோயிடப் பகுதிகளின் மேல், பெரும்பாலும் ஒரு மெல்லிய படலமாக பிளாஸ்திரியைப் போட வேண்டும். ஆறு வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளில், 15—18 நாட்களுக்கு ஒரு முறை, போட்ட பிளாஸ்திரியை எடுக்காமல் வைத்திருக்க வேண்டும். வயதான குழந்தைகளிலும், பெரியவர்களிலும் 8—10 நாட்கள் இடைவெளியில் பிளாஸ்திரியைப் போட வேண்டும். நோயாளியின் எடையைப் பொறுத்து (கீழ்க்கண்ட திட்டப்படி) பிளாஸ்திரியின் அளவு கணக்கிடப்படுகிறது.

நோயாளியின் உடல்—எடையைப் பொறுத்து எபிலின் பிளாஸ்திரியளவு

நோயாளியின் எடை (கிலோகிராமில்)	எபிலின் பிளாஸ்திரியின் எடை (கிராமில்)
10—11	2.0—2.5
12—13	3.0—3.5
14—15	3.5—4
16—15	4.0
18	4.5
19—25	5
26—30	5.5
31—35	6.0
36—40	7.0—8.0

குழந்தைகளில் எபிலின் பிளாஸ்திரியை, உள்நோயாளியாக இருக்கும் போது மட்டுமே, பயன்படுத்த வேண்டும். சராசரியாக 20 நாட்களில் எல்லா மயிர்களும் விழுந்து விடுகின்றன. மயிர் வளரும் வரை, மண்டைத் தோலின் மீது காலையில் 2% டிங்க்சர் அயோடினைத் தடவ வேண்டும். மாலையில் 10% கந்தகம் கொண்ட 2—3% சலிசிலிக்களிம்பு அல்லது 10—15% கந்தகம் கொண்ட 3—5% தார் களிம்பு தோலில் தேய்க்கப்பட வேண்டும். பல நோயாளிகளில் மயிர் விழுந்தபிறகு அல்லது மயிரெடுப்பு குறடு கொண்டு மயிர்களை அகற்றிய பிறகு ஆரிவிச்சின் ''உரிக்கும்'' முறை பயன்படுத்தப்படுகிறது. 12% சலிசலிக் அமிலம் மற்றும் 6% லாக்டிக் அமிலம் (அல்லது 3% பென்சாயிக்) கொண்ட களிம்பை ஒரு பருமனான படலமாக

அப்பி மண்டையை மூட வேண்டும். ஆறு வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளுக்கு களிம்பின் செறிவு பாதியாகக் குறைக்கப்பட வேண்டும். தலையைப் பிறகு மெழுகுத்தாளும், பஞ்சும் கொண்டு நாட்களுக்குக் கட்டி விட வேண்டும். அதற்குப் பிறகு 3% சலிசிலிக் வாசலைன் கொண்டு அதே போன்ற கட்டை, 24 மணி நேரத்திற்குக் கட்ட வேண்டும். தளர்ந்த வல்லடுக்கை இப்போது கத்திரியின் தகடுகள் கொண்டு சுரண்ட வேண்டும். மீதியுள்ள மயிர்களும், அவற்றின் அடிப்பாகங்களும் குறடு கொண்டு நீக்கப்பட வேண்டும், தேவைப் படும் போதெல்லாம், 10 நாட்கள் இடைவெளியில் ''உரித்தலை'' 1—2 முறை திரும்பச் செய்ய வேண்டும். இடைவெளிக் காலத்தில் தலையைத் தினமும் சுத்தம் செய்து ஒவ்வொரு நாள் காலையிலும் 2—3% அயோடின் டிங்க்ச்சரைத் தடவி மாலையில் வில்கின்சன் களிம்பைத் தேய்க்க வேண்டும்.

கிரைசியோபல்வினோ, எபிலின் பிளாஸ்திரியோ கிடைக்காத போது, மண்டைத் தோல் பாதிக்கப்பட்ட நோயாளிகளுக்கு நான்குகள் முறை கொண்டு, வீத அளவுகளில் ஊடுகதிர் மயிரெடுப்பு சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். கதிர் வீச்சுக்கு 11—12 நாளில் துவங்கி ஒவ்வொரு நாளும் தலையை இளஞ்சூட்டு நீரும் சோப்பும் கொண்டு கழுவ வேண்டும். 18—ம் நாள் துவங்கி மீதமுள்ள எல்லா மயிரடிக் கட்டைகளையும், மயிரெடுப்புக்குறடு கொண்டு நீக்க வேண்டும். கையால் மயிரைப் பிடுங்கும்போது அவை முறியாமலிருக்க அவை வளரும் திசையிலேயே, அவற்றை நீக்க வேண்டும். 3—5 நாட்களில் மயிரெடுப்பை முடித்து விட வேண்டும். அதற்குப் பிறகு எபிலான் பிளாஸ்திரிக் கொண்டு மயிர்களை நீக்கிய பிறகு என்ன சிகிச்சை தரப்படுமோ அந்த சிகிச்சையைத் தர வேண்டும்.

மென்தோலின் குறியிடமமைந்த நைவின்மீது காலையில் 2—3% அயோடின் டிங்க்ச்சர் தடவி, மாலையில் 10% கந்தக—தார் அல்லது வில்கின்சன் களிம்பைக் கொண்டு 7—10 நாட்களுக்கு தேய்க்க வேண்டும். தோலில் பலவித நோயிருப்பினும் அல்லது பூமயிர் பாதிக்கப்பட்டிருப்பினும் கிரைசியோபல்வின் அறிவுறுத்தப்படுகிறது.

நகங்கள் பாதிக்கப்பட்டுள்ள போது, கெரட்டோலைடிக் பிளாஸ்திரிகளை (20% யூரியாபிளாஸ்ட், 10% டிரைகுளோரகிடிக் அமிலம், 50% சலிசிலிக் அமிலம்) (யூரியா பிளாஸ்ட் எனப்படும் சோவியத் தயாரிப்பில் 20 கி—யூரியா, 10கி. தண்ணீர். 5கி. தேனீமெழுகு, 20கி. லேலேனாலின், 45கி.ஈய பிளாஸ்ட்டர் உள்ளது) முதலில் பயன் படுத்த வேண்டும். நகத்தகடுகள் இளக்கமடைந்து நீக்கப்பட்ட பிறகு, நகப்படுகையை, காளான் ஒழிப்பு பிளாஸ்திரி கொண்டு (5% பீனால், 5% பீட்டா நேப்தால், 5% தைமால் 20% பைரோ காலிக்) 48 மணி நேரத்திற்கு ஒரு தடவை மூடுவதோடு, வாய் வழியாக கிரை சியோபல்வின் (தினமுமாக இரண்டு வாரங்களுக்கும், வாரத்

தில் இரண்டு தடவையாக எட்டு வாரங்களுக்கும்) கொடுக்கப்பட வேண்டும். நகத்தகடுகளை அறுவையின் மூலமாகவும் நீக்கலாம்.

பிராணி நாடும் அல்லது ஊடுருவல் வகை சீழுறு டிரைகோபைடோசிஸ். இந்நோய் மண்டைத் தோலிலும் மென்தோலிலும் காணப்படின் வேறு விதமாக சிகிச்சை செய்ய வேண்டும். ஊடுகதிர் வீச்சும், எபிலின் பிளாஸ்திரியும், ''உரித்தலும்,'' அயோடினும், களிம்புகளும் நோயைத் திடீரென தீவிரப்படுத்தக்கூடும். பாதிக்கப்பட்ட இடங்களிலும் அதைச் சுற்றிலும் 1 செ.மீ. தூரத்திலுள்ள மயிரை மயிரெடுப்புகுறடு கொண்டு நீக்க வேண்டும், பிறகு 5—10% இக்தமால் கரைசல், 0.1% ரிவனால் (ஈதாக்சிடையமைனோ க்ரிடின்லாக்டேட்) கரைசல், 1:5000 ஃப்யூராசின் (நைட்ரோஃப்யூரால்) கரைசல் ஆகியவை கொண்ட மருந்து நீர்மங்களைத் (லோஷன்) தடவ வேண்டும். தீவிர அழற்சி தணிந்த பிறகு, 10% கந்தக தார்க் களிம்பு அல்லது வில்கின்சன் களிம்பு பயன்படுத்தப்படுகிறது. இந்த வகை ட்ரைக்கோபைடோசசைக் குணப்படுத்த அண்மைக் காலத்தில் கிரைசியோபல்வின் பயன்படுத்தப்படுகிறது. காளான்களுக்கான சோதனைகளில் மூன்று முறை இல்லையென்று (எதிர்மறை) தெரிந்த பிறகு குழந்தைகளை கிண்டர்கார்டன்களுக்கும், பள்ளிகளுக்கும் திரும்பவும் செல்ல அனுமதிக்க வேண்டும். சிகிச்சை முடிந்த பிறகு 7—10 நாட்கள் இடைவெளிகளில் இந்தச் சோதனைகள் செய்யப்பட வேண்டும். குழந்தையின் வீட்டில் இறுதித் தொற்றுநீக்கம் செய்ய வேண்டியது மற்றொரு முக்கிய நடைமுறையாகும். குழந்தை சில காலத்துக்குக் குல்லாய் அணிந்து கொள்ள வேண்டும்.

தோல்காளான் நோய்களைத் தடுத்தல்

பல பகுதிகள் சேர்ந்த தடுப்பு முறைகளில் நோயை காலத்தில் கண்டுபிடித்தல், நோயுற்றவர்களைத் தனியே ஒதுக்கி வைத்து சிகிச்சை அளித்தல், நோய்த் தொற்றுக்கான மூலாதாரங்களைக் கண்டறிதல், நோயாளிகளுடன் தொடர்பு கொண்ட அனைவரையும் பரிசோதித்தல், படுக்கைத்துணிகளையும், உள்ளாடை மற்றும் துணிமணிகளையும், நோயாளிகளின் சொந்தப் பொருட்களையும் தொற்று நீக்குதல், நாவிதர் கடைகளில் துப்புறவு நிலைகளைக் கட்டுப்படுத்துதல், ஆகியவை அடங்கும். மைக்ரோஸ்போரோசிஸ் (குறிப்பாக மை ஃபெர்ருஜினியத்தால் உண்டாவது) மற்றும் டிரைக்கோபைடோசிஸ் ஆகியவற்றின் தொற்றுப்பரவு தன்மையாலும், பரவலாயுள்ள வகையான ஃபேவஸ், மற்றும் நாட்பட்ட டிரைகோபைடோசிஸ் கொண்ட நோயாளிகளைச் சமாளிப்பதில் உள்ள சிரமங்களாலும், இந்நோயாளிகளை உள்நோயாளிகளாகச் சேர்த்து சிகிச்சை செய்ய வேண்டும். வெளி நோயாளிகள் நோயை பரப்

பாமலிருக்க ஒரு துத்தநாக ஜெலட்டின் தொப்பியை அணிந்து கொள்ள வேண்டும்.

ஒரு குழந்தையில், மேற்பரப்பு டிரைகோபைடோசிஸ் நோய் கண்டு பிடிக்கப் படுமானால், அக்குடும்பத்தில் நாட்பட்ட டிரைகோ பைடோசிஸ் நோய் கொண்ட பெரியவர் அல்லது கிண்டர்கார்டனில் அல்லது பள்ளியில் அல்லது வீட்டில் ஒரு நோயுற்ற குழந்தை இருப் பது உறுதி. எனவே வீட்டிலுள்ள எல்லோரையும், எல்லாக் குழந் தைகளையும் கண்டிப்பாக பரிசோதனை செய்ய வேண்டும், மை. லேனோசம் காளானாலுண்டாகும் மைக்ரோஸ்போரோசிசில், நோயுற்றவரால் வளர்க்கப்பட்ட எல்லா பூனைகளையும், நாய்களை யும் மிருக வைத்தியரைக் கொண்டு பரிசோதிக்க வேண்டும். பிராணி நாடும் பெரும் ஸ்போர் கொண்டு டிரைகோபைட்டோசிசில், மிருக வைத்தியர்கள், நோயுற்ற பசுக்கள் மற்றும் கன்றுகள், குதிரைகள், ஆகியவற்றிற்கு சிகிச்சை அளிப்பதோடு களஞ்சியங்களிலும் மாட்டுக் கொட்டங்களிலும் தொற்று நீக்க வேண்டும். பிராணி நாடும் சிறிய ஸ்போர் கொண்ட டிரைக்கோபைட்டோசிஸ் நோயில், சுண்டெலி களும் எலிகளும் நிறைந்துள்ள பகுதிகளில் எலி ஒழிப்பு இயக்கம் நடத்த வேண்டும்.

சிகிச்சையின்போது நோயாளிகளின் உள்ளாடைகளையும், படுக் கைத்துணிகளையும் 1% குளோரமின் கரைசலில் நனைத்து அல்லது காஸ்டிக் சோடாவில் 15 நிமிடங்கள் கொதிக்க வைத்து, தொற்று நீக்கிய பிறகு வழக்கமான முறையில் சலவை செய்ய வேண்டும். சிகிச்சைக்குப் பிறகு, எல்லா உள்ளாடைகளையும் படுக்கைத் துணி களையும் ஃபார்மால்டிஹைட் ஆவியறையில் போட்டு தொற்று நீக்க வேண்டும்.

குழந்தைகளின் நிறுவனங்களில் பாதுகாப்பு நடவடிக்கையாக மாத மொருமுறை உள்ளிருப்போர் அனைவரும் சோதிக்கப்பட வேண் டும். குழந்தைகளை இந்நிறுவனங்களில் சேர்க்கும் போதும், விடுமு றையிலிருந்து திரும்பிய பிறகும் பரிசோதிக்க வேண்டும். பணியாளர் களை மாதமொரு முறை பரிசோப்பதோடு, வேலைக்கு மனுச் செய் பவர்கள் அனைவரையும் கூடப் பரிசோதிக்க வேண்டும். நோய்த் தொற்றியுள்ளதாக கருதப்படும் குழந்தைகளைத் தனியாக வைக்க வேண்டும். டெர்மடோமைகோசிஸ் நோய் கொண்ட குழந்தைகள் மருத்துவமனைக்கு அனுப்பப்பட வேண்டும்.

நிறுவனங்களில் குழந்தைகளின் முடிவெட்டுக்கான நியதிகள். எல்லாக் குழந்தைகளும் முதலில் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். ஆரோக்கிய மான] மண்டைத் தோலுள்ள குழந்தைகளுக்கு முதலில் முடி வெட்ட வேண்டும். பிறகு, தோல் சிவந்தம், மண்டை மேல் செதிள்களும், பொடுகுகளுமுள்ள குழந்தைகளுக்கு முடி வெட்ட வேண்டும். ஒவ் வொரு முடி வெட்டலுக்குப் பிறகும் கருவிகளை நெருப்புச் சுவாலை

யில் காட்ட வேண்டும். நோய் தொற்றிருப்பதாகச் சந்தேகப்படும் குழந்தைகளுக்கு முடி வெட்டிய பிறகு, கருவிகளைப் பிரித்து பகுதி களை மயிர் நீக்கிய பிறகு நெருப்பில் காட்ட வேண்டும்.

ஏதோ ஒரு குழந்தைக்கு டெர்மடோமைகோசிஸ் நோய் தொற்றி யுள்ளதெனத் தெரிய வந்த பின், நிறுவனத்திலுள்ள மற்ற எல்லோ ரையும் பரிசோதிக்க வேண்டும். (வாரம் ஒரு முறையாக 2—3 வாரங்களுக்கு) மைக்ரோஸ்போரோசிசில், 4—5 நாட்களுக்கு ஒரு முறையென, ஆறு வாரங்களுக்குப் பரிசோதிக்க வேண்டும்.

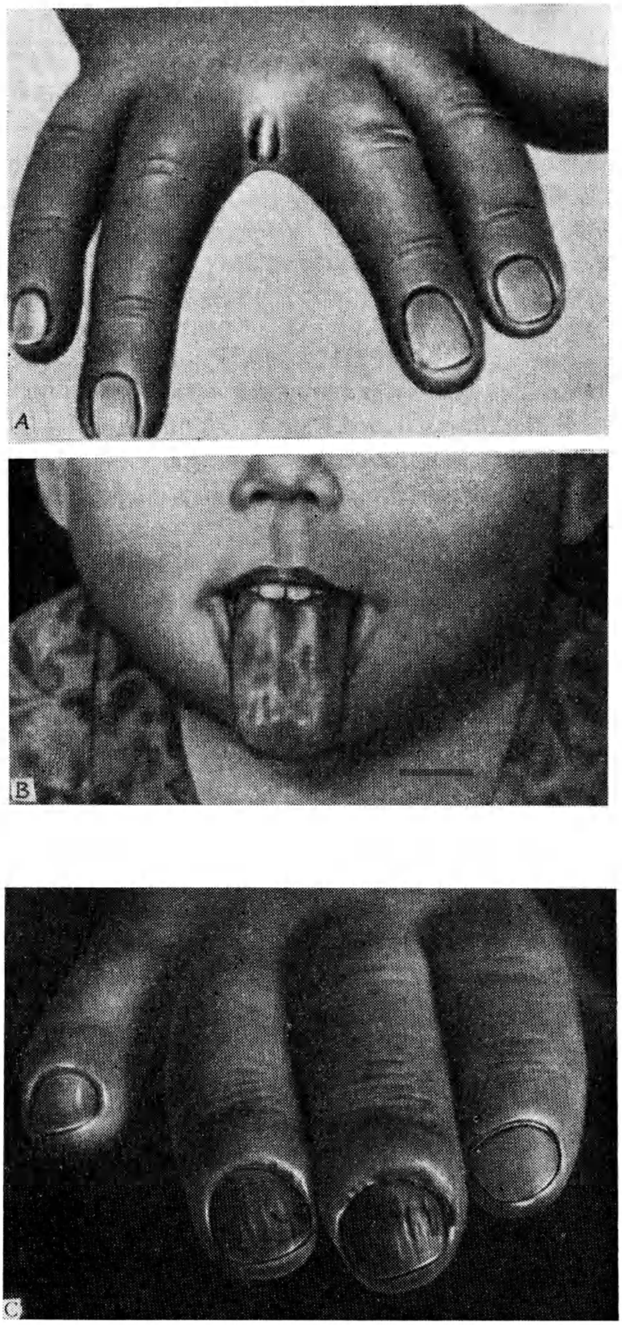
காண்டிடா நோய்

இது காண்டிடா இனத்தைச் சார்ந்த ஈஸ்ட் போன்ற காளானில் தோலிலும், சிலேட்டுமப்படலத்திலும் தோன்றும் நோயாகும்.

காண்டிடா இனத்தின் ஈஸ்ட் செல்கள், இயற்கையாகவே ஆரோக் கியமானவர்களின் சிலேட்டுமப் படலத்திலும், இரைப்பை குடல் பாதையிலும் உள்ளன. இங்கெல்லாம் இவை அழிவு உண்ணிகளாக இருப்பதோடு, நோய்களை உண்டு பண்ணுவதில்லை. காய்கறிகளும், பழங்களும் அழுகத் துவங்கும்போது, இவை, காணப்படுகின்றன.

எனினும் பாதகமாக சில வெளிச் சூழ்நிலைகளிலும் (நசிவடை தல், அமில—காரவிளைவுகளுக்குள்ளாதல் போன்றவை) உட்கூறு அம்சங்களாலும் (வைட்டமின் குறைவு, நீரிழிவு வியாதி போன்ற மாவுப் பொருள் வளர்சிதை மாற்றக் கோளாறு) ஈஸ்ட்கள் தீவிர மாக இனம் பெருக்கி நோயை தருவனவாக மாறி, நோயுண்டாக்கு கின்றன. எதிர் உயிர் பொருட்கள் (குறிப்பாக விரி திறன் எதிர் உயிர்ப் பொருட்கள்) மற்றும் கார்டிகோஸ்டீராய்டு இயக்கு நீர்கள் ஆகியவற்றையே பயன்படுத்துவதால், இரைப்பை-குடல் பாதையில் நுண்ணுயிர் சம நிலை பாதிக்கப் படுவதன் காரணமாக (நுண்ணு யிர்க் கேடு) ஈஸ்ட் நோய் தோன்றக் கூடும்.

ஈஸ்ட் காளான், தோல் மற்றும் சிலேட்டுமப் படலங்கள், நகங் கள் மற்றும் உள்ளுறுப்புக்களைப் பாதிக்கின்றன. மார்ப்பகங்களுக்கு அடியிலும், கவட்டிலும், அக்குளிலும் உள்ள பெரும் தோல் மடிப்பு களில் தோலில் நோய் மாற்றங்கள் தெரிகின்றன. பருமனான உடல் கொண்டவர்களிலும், நீரிழிவு நோயாளிகளிடமும், இந்நோய் தோன் றுகின்றது. பெரிய சிவந்த பாதிப்பிடங்கள், சுற்றிலும் வெண்மை யான உரியும் மேல் தோலுடன் கூராக எல்லையிடப்பட்ட விளிம்பு களுடன் முக்கிய நோய் இடத்தைச் சுற்றிலும் பல சிறுமையங்களு டன் தோன்றுகின்றன. நோயாளிகளுக்கு அரிப்பு உண்டாகிறது. காய்கறிகள் மற்றும் பழங்கள், புட்டியிலடைப்பிடங்களில் பணி யாற்றுபவர்கள், வீட்டு வேலை செய்யும் மனைவியர், சோடா பானம் விற்பவர்கள் ஆகியோரது கைவிரல்களுக்கிடையே பளிச்சிடும் வெண் படலம் ஒன்றால் மூடப்பட்ட அரிப்புகள் தோன்றுகின்றன. (படம் 62A)



படம் 62. சருமத்தின் காண்டிடா நோய்
(A) சருமம்; (B) சிலேட்டுமப் படலம்; (C) நகங்கள்

எப்பகுதியிலுமுள்ள சிலேட்டுமப் படலம் பாதிக்கப்படக்கூடு மென்றாலும், மிக அதிகமாகக் காணப்படும் வகையை திரஷ் என்பர். பலவீனமான குழந்தைகளிலும், தீவிர நோய்களால் துன்புறும் நோயாளிகளிலும் அதிக அளவில் எதிர் உயிர் மருந்துகளையும், கார்டிகோஸ்டீராய்டு மருந்துகளும் கொடுக்கப்படும் போதும் திரஷ் அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. நாக்கு, (படம் 62 ஆ) மற்றும் கன்னங்கள், மேலண்ணம், டான்சில்கள் ஆகியவற்றின் சிலேட்டுமப்படலத்தின் மேல் அவரை விதை அளவில் வெண் படலங்கள் தோன்றி ஒன்றிணைகின்றன. இப்படலங்கள், நீக்கப்படும் போது பளிச்சிடும் சிவப்பு நிற சிலேட்டுமம் வெளிப்படுகிறது. அது சில சமயங்களில் அரிக்கப்பட்டும் இரத்தக் கசிவுடனும் இருக்கிறது. நகங்களோடு நக மடிப்புகளும் பாதிக்கப்படுகின்றன. அவை பருமனடைந்து வீங்கி, மேற் தோலை இழந்து அமுக்கும் போது அவற்றினடியிலிருந்து ஒரு சொட்டு சீழ் வெளிப்படுகிறது. (ஈஸ்டு பாரோனீகியா நகச் சுற்று அழற்சி) நகங்கள் தங்கள் பளபளப்பை இழந்து சாம்பல் அல்லது பழுப்புக் கறுப்பு நிறமாக மாறுகின்றன. (ஈஸ்ட் ஆனிக்கியா-நகவழற்சி படம் 62இ).

உள்ளுறுப்புக்களில் காண்டிடா நோய் தோன்றுவது அரிது. தோன்றினால் தீவிர போக்குடன் முதிர்ந்து, உறுப்பு நசிந்து விடவும் கூடும்.

சிகிச்சை. தோலின் நோயிடங்களின் மேல் அனிலின் சாய 1—2% சாராயக் கரைசல், நிஸ்டாடின் அல்லது லெவோரின் களிம்புகள் (1 கிராம் ஆதாரப் பொருளில் 2,00,000—5,00,000 அலகுகள்) கந்தக—தார்க் களிம்புகள், காஸ்டல்லானியின் பூச்சு 0,5—1,0% டெங்காமின் (டெக்வாலினியம் குளோரைடு களிம்பு) நைட்ரோப்யூரிலென் களிம்பு, ஆகியவை பூசப்பட வேண்டும்.

சிலேட்டுமப் படலங்களின் நோயிடங்களில், 10—20% கிளிசரைனில் போராக்ஸ்கரைசல் 1—2% அனிலின் சாய நீர்ம, சாராய கரைசல் (பையோக்டானின்—டாக்லியா ஊதா, மிதைல் ஊதா, ஜென்ஷியன் ஊதா), 0.5—5% செறிவு டெக்காமின் களிம்பு ஆகியவற்றைப் பயன்படுத்தலாம்.

முழுதும் பரவியுள்ள நோய்களில் எதிர் உயிர் மருந்தான நிஸ்டேடின் அல்லது லெவோரின் (1,000,000 அலகுகள் தினமும் 4—8 தடவைகள்) 0.15கி. கடினகற்கண்டு மிட்டாய் வடிவில் தயாரிக்கப்பட்ட டெக்காமின் அல்லது லெவோரின் மாத்திரைகள் (தினமும் 3—4 தடவை). (இரண்டு மிட்டாய்களைச் சப்புவதற்குக் கொடுக்க வேண்டும்) மற்றும் ''பி'' வைட்டமின்கள், வைட்டமின் ''ஏ'' செறிவு, அஸ்கார்பிக் அமிலம், ரூட்டின் ஆகியவை கொண்டு சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது.

பொதுவான தெம்பூட்டுவழி முறைகள், உடனுள்ள நோய்களுக்

குச் சிகிச்சை, புரதங்களும் வைட்டமின்களும், நிறைந்த, மாவுப் பொருள் குறைவான அளவில் கொண்ட உணவு ஆகியவை, காண்டிடா நோயைச் சமாளிப்பதில் மிகவும் முக்கியமானதாகும். அவசியம் தேவைப்பட்டால் மட்டும் காண்டிடா நோயுள்ளவர்களுக்கு மற்ற எதிர் உயிர் மருந்துகளும், கார்டிகோஸ்டீராய்டுகளும் கொடுக்கப்படலாம்.

சோவியத் யூனியனில் காளான் நோய்களைக் கட்டுப்படுத்தல். தோல், பால்வினை நோய்களுக்குச் சிகிச்சையளிக்கும் மருந்தகங்களால், உயர் நிலை மருத்துவப் பள்ளிகளிலுள்ள துறைகள் மற்றும் ஆராய்ச்சி நிறுவனங்கள் மேற்பார்வையின் கீழ் ஒரு திறமையான திட்டத்தின் மூலம் இது மேற்கொள்ளப்படுகிறது. இப்பணி, நோயியலாளர்கள் மற்றும் குழந்தை மருத்துவர்கள், குழந்தைகள் பள்ளி மருத்துவர்கள், துப்புறவு ஆய்வாளர்கள், நோய் பரவியலாளர்கள், மற்ற சிறப்பு மருத்துவர்கள் ஆகியோரால் நிறைவேற்றப்படுகிறது. சோவியத் பொது நல வழிப்பணிகள் துறையினரின் திறமையான பணியால் டெர்மடோமைக்கோசிஸ் நோய் தோன்றும் விகிதம் குறிப்பிடத்தக்க அளவு குறைந்துள்ளது.

பள்ளிகளிலும், இளஞ்சீரார் பள்ளிகளிலும், தங்கிப்பயிலுமிடங்களிலும், தோல்காளான் நோய்களை, நம்பிக் கையான அளவில் தடுப்பதற்கு, துப்புறவு நல வழிக்கல்விப் பணி மிக மிக முக்கியமானதாகும்.

காளான் நோய்களைக் கட்டுப்படுத்துவதில் செவிலியருக்கு முக்கியமான பங்கு உள்ளது. இந்நோய்களுக்கு வெற்றிகரமாக சிகிச்சை அளிப்பது, பெருமளவில் முழுமையான திறமையான கவனிப்பு தேவைப்படும் நடைமுறைகளைச் செயல்படுத்துவதில், அவர்கள்காட்டும் திறமையைப் பொறுத்து அமைகிறது. குழந்தைகளுக்கான முன்காப்புச் சோதனைகளை நடத்துவதற்கு செவிலியர்களே பொறுப்பாக உள்ளனர். குழந்தைகளுக்கும், பெரியவர்களுக்கும் துப்புறவுக் கொள்கைகளைப் பரப்புவதிலும் அவர்கள் பங்கேற்கிறார்கள்.

விலங்கின ஒட்டுண்ணிகளால் ஏற்படும் தோல் நோய்கள்

சொறி சிரங்கு, பேன் பிடித்தல் ஆகியவை பற்றுவது, நோய் உற்றவர்களோடு நேரடித் தொடர்பால் அல்லது அவர்களுடைமைகளுடன் (குறிப்பாகத் துணிகள், படுக்கைத்துணிகள்) தொடர்பால் ஏற்படும் (நேரிலாபற்றுகை) விளைவாகும்.

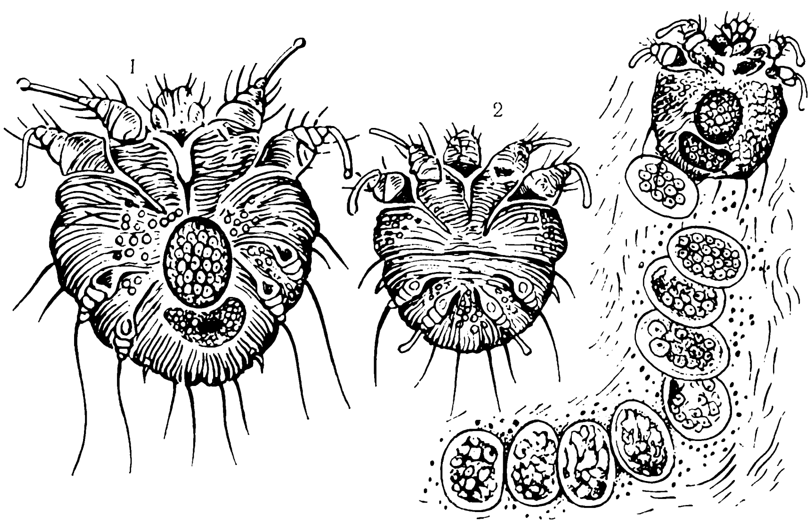
போர் மற்றும் பசிப்பிணி, பேரழிவு, மக்கள் பெருமளவில் இடம் பெயர்தல் ஆகிய சமயங்களில், இந்நோய்கள் பரவுகின்றன. மக்கள் நெரிசலான சூழ்நிலைகள், ஒழுங்கற்ற குளியல் பழக்கங்கள், அழுக்

கடைந்த துணிகள், உள்ளாடைகள், ஆகியவை அவை பரவுவதற்கு துணை செய்கின்றன.

சொறி சிரங்கின் நிகழ்வு வீதத்தை வெகுமாகக் குறைப்பதற்கும், பொடுகு நோயை அழிப்பதற்குமான எல்லா சூழ்நிலைகளும் சோவியத் யூனியனில் உள்ளன.

சொறி சிரங்கு

சொறிப் பூச்சி எனப்படும் ஒரு விலங்கின ஒட்டுண்ணியால் சொறி நோய் உண்டாகிறது. ஆணை விட பெண் பூச்சி பெரியதாக, 0.25—0.35 மி.மீ. அகலம் கொண்டுள்ளது. உருவத்தில் ஒரு ஆமையைப் போல் அது தோற்றமளிக்கிறது. முன் பகுதியில் இரண்டு இணைப்புகள் அமைந்த பால்களும், அவற்றின் முடிவில் உறிஞ்சு குழல்களும் உள்ளன. பின்பக்கத்திலும், இரண்டு இணைகள் கால்கள், சிலிர் ரோமம் கொண்டுள்ளன. (படம் 63) கார்ப்பமுண்டாக்கியபின் ஆண் பூச்சி அழிந்துவிடுகிறது. பெண் பூச்சி, மேற்தோலின் மேல் அடுக்குகளை துளைத்துச் சென்று ஒரு சுற்றுவளை (குயினிகுலஸ்) உண்டாக்கி அதற்குள் 6—8 வாரங்களில் 50 முட்டைகள் வரை இடுகிறது. முட்டைகளில் இருந்து நான்கு வாரங்களில் முழு வளர்ச்சிய



படம் 63. அரிப்பு (சொறி) பூச்சி 1. பெண். 2. ஆண். 3. பூச்சிகளையும் அவற்றின் முட்டைகளையும் மலங்களையும் கொண்ட சுற்றுவளை (குயினிகுலஸ்)

டைந்த பூச்சிகள் வெளி வருகின்றன. ஒரேயொரு பெண் பூச்சியிடும் முட்டைகளில் இருந்து மட்டும் மூன்று மாதங்களுக்குள் 150 மில்லியன் பூச்சிகள் உண்டாகின்றன.

அறிகுறிகள். பூச்சிகள் தோன்றிய 7—12 நாட்களுக்குள் சொறி சிரங்கின் அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன. அவற்றுள் முக்கியமானது தீவிரமான அரிப்பாகும். அதிலும் குறிப்பாக மாலையிலும், இரவில் படுக்கப்போகும் போதும் அரிப்பு மிகத் தீவிரமாக இருக்கும். கையுறுப்புக்களின் மடக்கிப் பரப்புகளிலும், மற்றும் மார்பு, வயிறு, புட்டங்கள், தொடைகள், ஆண்பிறப்புறுப்புகள் பெண்களின் மார்பகங்கள், ஆகியவற்றில் மேல் இணையாக, பரவலாக, புள்ளி கொண்ட பரு—நீர் கொப்புளப் பொரிப்புகள் உண்டாகின்றன. குணவியல்பான சொறி சிரங்கு வளைகள் (2—3 மி.மீ. நீள வளைந்து செல்லும் சாம்பல் நிறக்கோடு, அதை உருப்பெருக்கி மூலம் நோக்கும் போது இக்கோட்டில், வரிசையான நெருக்கமான கரும் புள்ளிகளும், காற்றுச் செல்வதற்காகவும் இளம் பூச்சிகளை வெளிக் கொணர்வதற்காகவும் பூச்சிகளால் துளைக்கப்பட்டு உண்டாக்கிய திறப்புகளும் இருப்பதைக் காணமுடியும்) கைவிரல்களின் விரலிடைத்தோலிலும், கணுக்கைகளின் மடக்கிப்பரப்புகளிலும், இருப்பதைக் காணலாம். நீர்க்கொப்புளங்கள் இருந்த இடத்தில் ஊசித்தலையளவுள்ள குருதிப் பொடுகுகள் தோன்றுகின்றன. நோயாளிகள், தீவிரமான அரிப்பின் காரணமாக தோலில் ஆழச் சொரிவதால் ஏற்படும் சிராய்புகள், சீழ் தோல் பிணி, தோலழற்சி, நிணக்கணுவழற்சி ஆகிய சிக்கல்களுக்கு இட்டுச் செல்கின்றன.

உருப்பெருக்கி சோதனைக்கான பொருளைத் திரட்டுதல். ஒரு சிறு நீர்க்கொப்புளம் போல் உயர்ந்துள்ள வகையில் முட்டு முனையில் பெண் பூச்சி தங்குகிறது. பூச்சியை எடுத்து நீக்குவதற்கு, ஒரு செல்லியல் ஊசி, அறுவைக்கத்தி அல்லது ஜென்னர்நிப்பின் கூரிய முனை —ஆகிய ஏதாவதொன்றை நீர்க் கொப்புளத்தின் அடிப்பகுதியில் செருகி, வளையின், திசையில் ஆழமாகச் செலுத்த வேண்டும். பிறகு முனையைச் சிறிதளவு உயர்த்தி கருவியை வெளியில் எடுக்க வேண்டும். இதைச் செய்யும் போது ஒரு உருப்பெருக்கியைபயன்படுத்துவது விரும்பத்தக்கதாகும். பூச்சிகள் இருக்குமாயின், வெறும் கண்ணாலே கூட, கருவியின் முனையின் மேல் ஒரு வெண் புள்ளியாக பூச்சியைக் காண முடிகிறது. சில சமயங்களில் வளை முழுவதையும், ஒரு கூர்மையான கத்தி கொண்டு வெட்டி எடுக்கப்படுகிறது. நன்றாகத் தெரியச் செய்வதற்காக, வளையின் மேல் அயோடின்டிங்க்ச் சரைத்தடவலாம்.

பெறப்பட்ட பொருளை, ஒரு உருப்பெருக்கியின் அடியில் வைத்து குறைவளவு உருப்பெருக்கம் கொண்டு பரிசோதிக்க வேண்டும். இந்த நோக்கத்திற்காக, ஒரு கண்ணாடி சிலைடின் மேல் வைத்து

அதன் மேல் இயங்கியல் உப்புக் கரைசல் ஒரு சொட்டு அல்லது ஆல்கலிஹைட்சாக்சைடு ஒரு சொட்டு விட்டு ஒரு மூடு கண்ணாடியால் மூட வேண்டும். இயங்கியல் உப்புக் கரைசல் வைத்துச் சோதிக்கும் போது பூச்சி இன்னும் உயிருடனேயே இருக்கிறது.

சிகிச்சை. வல்லடுக்கைத் தளரச் செய்து, பூச்சிகளை அழிக்கும் பொருட்கள், சொறி சிரங்குக்கான சிகிச்சையில் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. சிகிச்சைக்கு முன்பு, நோயாளி வீட்டிலேயே இளஞ்சூடான நீரில் சோப்பு போட்டு குளிக்க வேண்டும். பெண்சைல் பென்சோவேட் தைலம், (எமல்ஷன்) கந்தகக் களிம்புகள் மற்றும் டெமியா நோவிச் கரைசல் ஆகியவை பயன்படுத்தப்படுகின்றன. இரண்டு நாட்களுக்கு, எல்லா பாதிப்பிடங்களையும், தொடர்ச்சியாக ஒன்றன் பின் ஒன்றாக, பத்து நிமிடங்களுக்கு பென்சைல் பென்சோவேட்டின் நீர்—சோப்பு எமல்ஷன் கொண்டு தேய்க்க வேண்டும். 33—20% கந்தகக் களிம்பு அல்லது வில்கின்சன் களிம்பு (15% கந்தகம், 15% தார், 10% சீமைச் சுண்ணாம்பு, 30% மென் சோப்பு, மற்றும் 30% வாசலைன்) உபயோகிக்கப்படலாம். இந்தக் களிம்புகளில் ஒன்றை நோயாளி 4—6 நாட்களுக்கு படுக்கைக்குச் செல்லுமுன் ஒவ்வொரு நாளும் 20—30 நிமிடங்களுக்கு தோலின் மேல் தேய்க்க வேண்டும். ஏழாவது நாளில் அவர் குளித்து உள்ளாடைகளையும் மற்ற துணிகளையும் மாற்றிய பிறகு மருத்துவப் பரிசோதனைக்கு வருகிறார். டெமிய நோவிச்சின் முறையில் இரண்டு கரைசல்கள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. 1) 60% சோடியம் ஹைபோசல்பைட் கரைசல். 2) செறிவான அமிலத்தின் 6% கரைசல் அல்லது நீர்த்த ஹைட்ரோகுளோரிக் அமில 18% கரைசல். முதலில் முதல் கரைசலை ஒவ்வொரு தோல் பரப்பிலும் 5 நிமிடங்களுக்கு (மொத்தம் 25 நிமிடம்) இரண்டு முறை தேய்க்க வேண்டும். பின்னர் அதே முறையில் இரண்டாவது கரைசலைத் தேய்க்க வேண்டும். நோயாளி புதிய உள்ளாடைகளையும் துணிகளையும் அணிந்த பிறகு மேற்கண்டவாறே மீண்டும் செய்ய வேண்டும். 24 மணி நேரங்களுக்குப் பிறகு குளிக்க வேண்டும்.

குழந்தைகளுக்கு சிகிச்சை செய்யக் குறைவான செறிவுள்ள மருந்துகள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. 10% கந்தகக் களிம்பு, வில்கின்சன் களிம்புடன் அதே அளவு துத்தநாகப் பசையும் சேர்த்து 10% பென்சைல் பென்சோவேட்டின் நீர் சோப்பு எமல்ஷன், 40% சோடியம் ஹைப்போசல்பேட் கரைசல், செறிந்த ஹைட்ரோகுளோரிக் அமிலத்தின் 4% கரைசல் (அல்லது நீர்த்த ஹைட்ரோகுளோரிக் அமில 12% கரைசல்).

சொறி சிரங்கு தடுப்பு முறைகள். இதில் நோயுற்றவர்களுக்கு நல்ல சிகிச்சை அளிப்பதோடு அவருடைய குடும்பத்தின் எல்லா உறுப்பினர்களையும் அவருடன் நெருங்கித் தொடர்பு கொண்ட அனைவரையும், கவனமாகப் பரிசோதிப்பதும் அடங்கும். பூச்சி நீக்கத்தின்

மூலம் (டி.டி.டீ பொடி தூவுதல், பிஸ்-ஈத்தைல்—சேன்தோளுன் என்ற பூச்சி கொல்யடடங்கிய ''கே'' சோப்பு கொண்டு கழுவுதல்) உள்ளாடைகளையும், படுக்கைத்துணிகளையும் அல்லது உலர் வெப்பம் கொண்டு அல்லது ஈர அறைகளில் தொற்று நீக்கம் செய்தலும் முக்கியமானவையாகும். அவற்றைக் கொதிக்க வைத்துச் சலவை செய்து பிறகு தேய்க்கலாம். ஆடையணிகலனை அறையில் டி.டி.டீ. பவுடர் கொண்டு தொற்று நீக்கம் செய்யலாம்.

பேன் நோய்

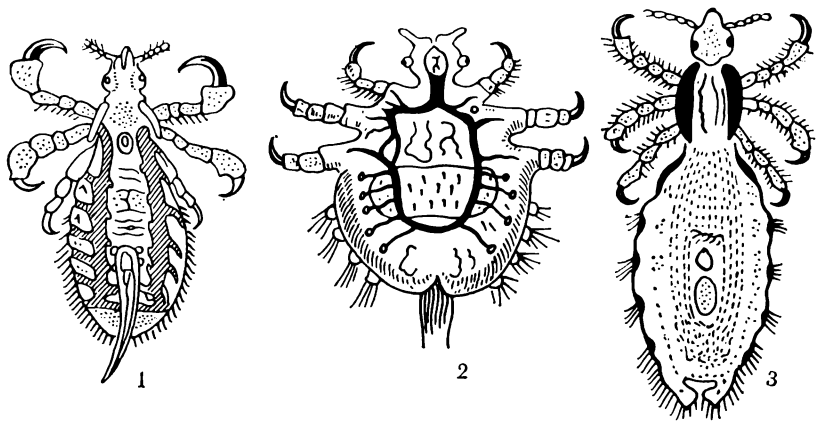
மக்களின் சமுதாய நல, பண் பாட்டு நிலைகளில் தொடர்ந்து ஏற்பட்டுள்ள வளர்ச்சி நிலைமைகளால் பேன் பற்றுவது, சோவியத் யூனியனில் அரிதாகவே உள்ளது.

மூன்று வகையான பேன்கள் மனிதர்களில் ஒட்டுண்டு வாழக் கூடும்: தலைப்பேன் (பெடிகுலஸ்கேபிடிஸ்) உடற்பேன் (பெ. கார் போரிஸ்) பூப்புப்பேன் (பெ.பியுபிஸ்) (படம் 64).

தலைப்பேன். இது ஒருவரிலிருந்து மற்றொருவருக்கு நேரடித் தொடர்பாலும் அல்லது தொப்பிகள், கைக்குட்டைகள், சீப்புகள் ஆகியவற்றின் மூலமாகவும் செல்கிறது. பெண்பேன், அதனுடைய வாழ்க்கைப் பருவத்தில் மொத்தம் 150 முட்டைகள் (நிட்டுகள்) இடுகிறது. அவை மயிருடன் ஒட்டிக் கொண்டுள்ளன. 5—6 நாட்களில் இளம்பேன்கள் முட்டையிலிருந்து வெளிப்பட்டு மூன்று வாரங்களுக்குப் பிறகு பூச்சிகளை அவைகளே உருவாக்குகின்றன. மண்டைமயிரின் மீது மட்டுமல்லாமல், கண்ணிமைகளிலும், கண் புருவங்களிலும், தாடியிலும், மீசையிலும் கூடப் பேன்கள் காணப்படக் கூடும். அவை மிகுந்த அரிப்பை உண்டு பண்ணுவதால், அதன் விளைவாகச் சொரிவதால், கீறல்களும், சீழ்தோல்பிணியும் உண்டாகின்றன.

கிசிச்சை. மண்ணெண்ணெயும், தாவர எண்ணெயும் சம அளவில் உள்ள ஒரு கலவை மண்டையிலும் மயிரிலும் முழுவதுமாக இடப்பட்டு ஒரு துணியைச் சுற்றிக் கட்டி அப்படியே இரவு முழுவதும் விட்டு விட வேண்டும். காலையில் மயிரை வெந்நீரும் சோப்பும் கொண்டு கழுவி பற்சீப்பு கொண்டு சீவ வேண்டும். முதலில் சீப்பை சூடாக்கிய வினிகரில் நனைத்தெடுக்க வேண்டும். 10% பென்சைல் பென்சோவேட் நீர்-சோப் எமல்ஷன் கொண்டும் 10—15 நிமிடங்களுக்கு மயிரை நனைத்து பிறகு சுடு நீரும் சோப்பும் கொண்டு கழுவி விட வேண்டும்.

உடற்பேன். துணி மடிப்புகளில் வாழ்ந்துகுருதியை உண்டு வாழ்கிறது. துணிமடிப்புகளிலும், தையல் விளிம்புகளிலும் நீளமான அல்லது பூமயிரிலும், உடற்பேன்கள் தங்களது முட்டைகளை இடு



படம் 64. பேன்கள்.
1. தலைப்பேன்; 2. பூப்புப் பேன்; 3. உடற்பேன்

கின்றன. பேன் கடிகள், தீவிரமான அரிப்பைத் தூண்டுவதால் தோலில் கீறல் குறிகள் தோன்றுகின்றன. பழுப்பு நிறம், கழுத்திலும் தோள் பட்டைகளிலும் அவற்றிற் கிடையிலும் முதுகின் சிறு பகுதியிலும் நீண்ட காலத்திற்கு நிலைத்திருக்கிறது.

சிகிச்சை. *சோப்பைக் கொண்டு நன்கு குளித்து தூய்மையான உடைகளை அணிந்து கொள்ள வேண்டும். அழுக்கடைந்த கீழங்கிகளையும், துணிமணிகளையும் படுக்கைத்துணிகளையும் தொற்று நீக்க வேண்டும்.*

பூப்பு (நண்டு)ப்பேன். *பூப்புப் பகுதியிலும், பிறப்புறுப்புக்களிலும், வயிற்றிலும், கழிவாயைச் சுற்றிலும் தங்கி ஒட்டுண்டு வாழும் இப் பேன், மயிர் நிறைந்த மற்ற தோல் பகுதிகளுக்கும், பரவக் கூடும். தீவிரமான அரிப்பு ஏற்படுகிறது. வெளிர் நீலத்திலிருந்து வெளிர் சாம்பல் வரை நிறம் மாறும் வட்டப்புள்ளிகள், நண்டுப் பேன்களிருக்குமிடத்தில் தங்கி விடுகின்றன. பால் புணர்ச்சியின் போது, நோய் கடத்தப்படுகிறது.*

சிகிச்சை. *பாதிக்கப்பட்ட பகுதிகளை மழித்து விடுவது நல்லது. சுடுநீரும் சோப்பும் கொண்டு அவற்றைக் கழுவி, பிறகு அவற்றினுள் நீலக் களிம்பை அல்லது 10% வெண்படிவக்களிம்பை ஒவ்வொரு நாளும் இரண்டு மூன்று நாட்களுக்குத் தேய்க்க வேண்டும் அல்லது வினிகர் உறைவைத் தோலில் பூச வேண்டும்.*

பேன் நோய்த் தடுப்பு. *தொழிற்பள்ளிகளிலும், விடுதிகளிலும் குழந்தைகள் நிறுவனங்களிலும் முறையான முன் காப்புச் சோதனைகள் வழக்கமாகச் செய்ய வேண்டும்.*

காச நோய் (சய நோய்)

உடலில் எங்கோ காசநோய் ஏதோ ஓரிடத்தில் இருந்தால் அல்லது காசநோய் நைவுகள் அடங்கல் நிலையில் இருந்தால், சருமத்தின் சய நோயும் இருக்கலாம். சயக் கிருமி (மைகோபேக்டீரியம்ட்யூபர் குலோசிஸ்) காசநோயால் பாதிக்கப்பட்ட உறுப்புக்களில் இருந்தும் திசுக்களில் இருந்தும் (பிரதானமாக நுரையீரல்கள், நிணக் கணுக்கள், எலும்புகள்) கிருமிகள் தோலை அடைவதால் இந்நோய் தோன்றுகிறது. இம்மாதிரியான நோய்தொற்றை புற வழிபரவு அல்லது அகவழி பரவு முறை என்பர். மைக்கோபேக்டீரியா, நிணக் கணு, மற்றும் நாளங்கள், இரத்தம் வழியாகவும், அடுத்தப்பரவுதல் மூலமாகவும் (மைகோபாக்டீரியா, நோயிடத்திலிருந்து அடுத்துள்ள திசுக்களுக்குப் பரவுதல்) தோலை வந்தடைகிறது.

உள்ளுறுப்புக்களில் உருக்கி நோய் தீவிரமாக உள்ள போது சிறுநீர் மற்றும் சளி, மலம், உடலிலிருந்து வெளிப்படும் மற்றும் பொருட்களிலும் மைக்ரோபேக்டீரியா பெருமளவில் காணப்படுகிறது. அவை இயற்கையான உடல் துளைகளின் வழியாக சிலேட்டுமப் படலங்களையும், தோலையும் அடைந்து அவ்விடங்களில் உருக்கி நோயை உண்டாக்கக்கூடும். (இந்த நோயை, சய நோய் என்றும் காச நோய் என்றும் உருக்கிநோய் என்றும் கூறுவர். மொ-ர்) காச நோய், தோலை முதன்முதலாகப் பாதிப்பது மிகவும் அபூர்வமே. (காச நோய் கொண்ட கால்நடைகளின் இறந்த உடலை வெட்டும்போது ஏற்படும் காயங்களின் மூலமாக கொலையகங்களிலும், இறைச்சி கட்டும் நிலையங்களிலும் உள்ள பணியாளர்களுக்கு நோய் தொற்றக் கூடும்) காசநோய்க்கிருமி தோலுக்குள் துளைத்துச் சென்று விடுவதாலேயே, காச நோய் மையம் தோன்ற வேண்டுமென்ற அவசியமில்லை. அவரின்அப்போதய உடல்நிலை மிகவும் முக்கியமானது. பலவீனமான உடலில் (தீவிர நோய்த் தொற்றுகள், நாட்பட்டு மிகையாக மது அருந்தியவர்கள்) காசநோய் எளிதல் பரவுகிறது.

சருமகாச நோயின் வடிவங்கள் பலவகைப்படும். **ல்யூபஸ் வல்காரிஸ்.** வல்காரிஸ் சருமக்காச நோயில் அதிகமாகக் காணப்படும் வகை இது தான். (75%) இந்நோய் வழக்கமாக 5—15 வயதுடையோரில் காணப்படுகிறது. நோய் தோன்ற சாதகமான இடங்கள், முகமும், குறிப்பாக மூக்குமாகும். ல்யூபோமா எனப்படும் ல்யூபஸ் கழலை தான் முக்கியமான இயல் மாற்றமாகும். முதலில் ஊசித்தலையளவுள்ள சிறுகணு குறிப்பாக எல்லையமைந்தும், தட்டையாகவும், மஞ்சள் சாயலுள்ள நீலச் சிவப்பு நிறத்தில் உள்ளது. பிறகு சிறிது சிறிதாக வளரும் இது, பெரும்பாலும் செதிள்களால் மூடப்பட்டுள்ளது. விரலால் தொடும்போது (தொட்டறிதல் முறை

மூலம்) ல்யூபோமா, மெதுவாக இருக்கிறது. ஒரு கண்ணாடிச்சில்லை கணுக்களின் மீது வைத்து அமுக்கினால் அவை நிறம் மாறுகின்றன. மஞ்சள் பழுப்பாக மாறி, ஆப்பிள் ஜெல்லியைப் போலத் தோற்ற முடன், பாதி ஒளி ஊடுருவிச் செல்பவையாக மாறுகின்றன. (ஆப்பிள் ஜெல்லி அறிகுறி) குமிழ் முனை கொண்ட துழாவி ஒன்றை ல்யூ போமா திசுவின் மேல் இலேசாக அழுத்தவும் (துழாவி அறிகுறி) அழுத்தம் அதிகரிக்கும் போது தீவிர வலியோடு இரத்தம் வெளிப்படு கிறது. இவை காசநோயின் குணவியல்பான மூன்று அறிகுறிகளாகும்.

கழலைகள் வளர்ந்து ஒன்றிணைந்து புகுந்து பரவு திட்டுகளாக இருக்கின்றன. இறுதியில் கட்டிகள், திசுவழிந்து துளையின்றி மறைந்து விடுகின்றன. அவை இருந்த இடத்தில் தழும்பாகும் புண் பரப்பு அல் லது தழும்பு நலிவுப் பகுதி ஒன்றை விட்டு விட்டு மறைகின்றன. வளர்ச்சியில் தளும்பு நலிவுப்போக்கு, தட்டை வடிவலூபஸின் குண வியல்பாகும். அதில் அழற்சி மாற்றம் விதமாகவும், தழும்பு நலிவு நுண்ணியதாகவும் இருப்பதோடு திசுத்தாளைப்போல் தோன்றும் தோலில் எளிதில் மடிப்புகளுண்டாகிறது. சயநோய் கழலைகள் தளும்பு நலிவுப் பரப்பில் புதிதாகத் தோன்றக் கூடும். இது காச நோயால் தோன்றும் லூபசின் குணவியல்பான அறிகுறியாகும். சிகிச்சையளிக்கப்படாவிடில் இவ்வகை நோய் பல்லாண்டுகளுக்கு நிலைத்து விடக் கூடும். இவ்வகையைத்தவிர லூயப்பசின் மற்ற சில உலர் வகைகள் அறியப்பட்டுள்ளன: மிகுவளர்ப்பு, கட்டி போன்ற, பருக்கள் போன்ற.

ல்யூபஸ்திட்டுக்கள் புண்ணாகும் போது புண் வடிவ ல்யூபஸ் தோன்றுகிறது. இவற்றில் அழற்சி தீவிரமாயுள்ளது குறிப்பிடத்தக்க தாகும். புண்கள் மேற்பரப்பாகவும், வடிவ ஒழுங்கற்றும், எளிதில் இரத்தம் வரக் கூடியவையாகவும் உள்ள அவை பெரும்பாலும், ஒன்றிணைந்து மிகவும் மெதுவாக ஆறுகின்றன. மேற்பரப்பு மென் தழும்புகள் தோன்றி, புதுக் கழலைகள் அவற்றினின்று தோன்று கின்றன. புண்ணாகும் நோய் நிலை, தசைகளையும் குருத்துக்களை யும் பாதிக்குமானால் தீவிரமான அழிவில் முடிகிறது. (படம் 65. நாசப்படுத்தும் ல்யூபஸ்) முடமாக்கும் ல்யூபஸ் உருக்குலைக்கிறது. வாய் குறுகி, கண்ணிமைகள் மேல் மடங்கி (எக்ட்ரோபியான்) பற வையின் அலகு போன்று மூக்கு வளைந்துவிடுகிறது.

நோயின் நீண்ட காலப் போக்கும், முகத்தைக் கோரப்படுத்து வதும் நோயாளியின் மனதில், தளர்ச்சியை உண்டுபண்ணுகின்றன.

ஸ்க்ரோஃபுலோடெர்மா அல்லது கியூடிஸ் கல்லிக் குவாடிவா காசம். இது பெரும்பாலும் காணப்படும் தோல் காசநோய் வகையாகும். இது முக்கியமாக குழந்தைகளிலும், இளைஞர்களிலும் காணப்படுகிறது. எலும்புகள் மற்றும் மூட்டுக்களின் சயநோய் பரவுவதன் மூலம் வழிவந்த முறையில் இது வளருகிறது. குறைவான அளவில் முதன்மை

நிலையாக அது தோன்றும்போது காசக் கிருமிகள், நுரையீரல்கள் அல்லது குருதியும் நீணநீரும் கொண்ட உறுப்புக்கள் மேற்தாடை அடிப்பகுதி, மார்பெலும்புப் பகுதி, காரை எலும்புப் பகுதி, காரை எலும்பு மேற்பகுதி ஆகியவை இந்நோய் இடமவைதற்கு மிகவும் வாய்ப்பான இடங்களாகும். ஒரு கெட்டியான வலியற்ற வாதுமைக் கொட்டை அளவுள்ள ஒரு சிறு கட்டி, தோலடியனுத் திசுவில் தோன்றுகிறது. அது சிறிதுசிறிதாக வளர்ந்து தோலோடு ஒட்டி நீலச் சிவப்பு நிறமாகிறது. கட்டி மையத்தில் இளக்கமடைந்து, பிளந்து, கட்டியான சீழை வெளிப்படுத்துகிறது. (ஒன்று அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட உட்புழைகள் உண்டாகின்றன—படம் 66) இந்நோயிலுள்ள புண்கள், பெரும்பாலும் வலிதருவதில்லை. மேலும் புழைப் பாதைகள் அதனில் குறிப்பிடத்தகுந்தவையாகும். (உட்புழைக்குள் ஒரு குமிழ் முனை துழாவியைத் செலுத்துவதன் மூலம் இவற்றைக் கண்டுபிடிக்க முடியும்) புண்ணின் தளம் சமமின்றி குருதி கசிவ தாக, சீழ்த்த அழி திசுப்படலத்தால் மூடப்பட்டுள்ளது. புண்ணின் ஓரங்கள் மென்மையாகவும், அரிக்கப்பட்டுமுள்ளன. புண்கள் ஆறும் போது, அவை ஒழுங்கற்ற வினோதவடிவம் கொண்ட காம்பும் இணைப்புகளும் துருத்தங்களும் கொண்ட தழும்புகளை விட்டுச் செல்கின்றன.

சருமக்காச நோயின் மற்ற வகைகளான பரு—அழிதிசு வகை, சிலேட்டுமப்படலம் மற்றும் சருமத்தின் புண்ணுற்றசயம் ஆகியவை மிகக் குறைவிலேயே காணப்படுகிறது.

சிகிச்சை. சிறப்புச் சாதனங்கள் (ஸ்ட்ரெப்டாமைசீன், திவானசடு, இது ஐசோகிகோடினிக் அமிலத்திலிருந்து பெறப்பட்டது. பி.ஏ. எஸ்.ஏ.) கொடுக்கப்படுவதோடு, பொதுவான நலம் ஊட்டும் சிகிச்சையின் பின்னணியில் (அஸ்கார்பிக் அமிலம், ''பி'' வைட்டமின் தொகுப்பு, மீன் எண்ணெய், இரும்புச்சத்து, பாஸ்பரம் ஆகியவை) ஒழுங்கான பணி முறையும் ஓய்வும் கூட கொடுக்கப்பட வேண்டும். (தினமும் நடைபயிலல், உடற்பயிற்சிகள், போதுமான தூக்கம், கலோரி மற்றும் புரதம், கொழுப்பு, வைட்டமின்கள் நிறைந்த மாவுப் பொருளும் உப்பும் குறைந்த உணவு ஆகியவையும் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது).

எல்லா வகை காச நோய்களிலும், குறிப்பாக நுரையீரலில் முனைப்பான நோயுடன் லூபஸ் தோன்றும் போது தினமும் ஸ்ட்ரெப்டோமைசீனும், டைஹைட்ரோஸ்ட்ரெப்டோமைசீனும் 0.5—1.0 கிராம் அளவில் (மொத்த அளவு கொண்டது) தசை ஊசியாகச் செலுத்தப்பட வேண்டும். இந்த மருந்துகள் துணை விளைவுகளையும் சிக்கல்களையும் (காது கேளாமை) உண்டாக்கக் கூடும்.





படம் 65. கையை முடமாக்கும் ல்யூபஸ் நோய்

படம் 66. காலிக் குவாட்டிவா காச

திவாசைடு, சாலுசைடு (ஒரு ஐசோநியாசிட் தயாரிப்பு), ஐசோநியாசைடு ஆகியவை ஒவ்வொரு நாளும் வாய் வழியாக எடுத்துக் கொள்ளப்படுகின்றன. நாளளவான 1.0—2.0 கிராம் மூன்று அல்லது நான்கு பகுதிகளாகப் பிரிக்கப்படுகிறது. மொத்த அளவு 150—200 கிராம் ஆகும். எல்லா வகையான ல்யூபஸ், மற்றும் ஸ்குரோபுலோடெர்மா, ஆகியவற்றில் இவை கொடுக்கப்படுகின்றன.

ல்யூபஸ் வல்காரிஸ் மற்றும் ஸ்குரோபுலாடெர்மாவுக்கு சிகிச்சை செயலளிக்க, வைட்டமின் $டி_2$, சாராயக் கரைசலாக அல்லது எண்ணெய் எமல்ஷனாக, வாய் வழியாக 50,000—1,00,000 அலகுகள் என்ற அளவில் பல மாதங்களுக்குக் கொடுக்கப்படுகிறது. அது ஸ்ட்ரெப்டோமைசீன், பி.ஏ. எஸ். ஆகியவற்றுடன் சேர்த்துக் கொடுக்கப்படுகிறது.

பி.ஏ.எஸ். ஐ உணவிற்கு $^1/_2$ மணி கழித்து உட்கொள்ள வேண்டும். நாளளவான 8—12 கிராமை நான்கு பகுதிகளாகப் பிரித்து எடுக்கப்படுகிறது. மொத்த அளவு 800—1000 கிராமாகும் முக்கியமாக ஸ்குரோபுலோடெர்மாவுக்கு சிகிச்சையளிப்பதற்காக அது கொடுக்கப்படுகிறது.

மிகப் பெரும்பாலும் இரண்டு அல்லது மூன்று சய எதிர் மருந்துகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. நீண்ட நாட்களுக்குக் கொடுக்கப்படுகின்றன. ஸ்பா சிகிச்சை (கனிப்பொருள் நீருற்று)யும், (கிரிமியாவின் கருங்கடற்கரை, வடக்கு காகஸஸ். இவை சோவியத் யூனியனில்

உள்ளவை) சூரியக் குளியல்களும், மற்ற உறுப்புக்களில் சயபாதிப்பு இல்லாமலிருக்குமானால், தோல் சய நோயாளிக்கு பரிந்துரைக்கப் படுகிறது.

தனிப்பட்ட கேசுகளில் நோய் நைவுகளை வெப்ப மூட்டு அறுவை, மற்றும் அறுவை மூலம் அகற்று முறை, கூர்மையான கரண்டி கொண்டு சுரண்டி எடுத்தல் ஆகியவை கையாளப்படலாம்.

சோவியத் யூனியனில் தோல்காச நோய் கட்டுப்பாடு. காச நோய் மருந்தகங்களின், தோல் துறைகளால், ஒரே மாதிரியான பாங்கில், திட்டமிடப்பட்டு காச நோய் கட்டுப்பாடு மேற்கொள்ளப்படுகிறது. தோல் காசநோயாளிகளுக்கு, சிகிச்சை அளிப்பதோடு, முழு அளவிலான முறையான மருத்துவப் பரிசோதனையை வழக்கமாக நடத்தி குடும்பத்திலுள்ள மற்ற உறுப்பினர்களையும் சோதிப்பதோடு ஒழுங்கான வாழ்க்கை முறைக்கும் ஏற்பாடு செய்யப்படுகிறது.

பொதுவாக காச நோயைக் கட்டுப்படுத்துவதிலும் குறிப்பாக தோல் காசத்தைக் கட்டுப்படுத்துவதில், சோவியத் யூனியனில் பெரும் முன்னேற்றங்கள் காணப்படுகின்றன.

தொழு நோய்

காசகிருமியைத் தோற்றத்தில் ஒத்துள்ள மைக்கோபாக்டீரியம் லெப்ரே (ஹான்சன் கிருமி) என்ற தொழுநோய்க் கிருமியால் உண் டாகும் இது ஒரு தீவிரமான நாட்பட்ட நோயாகும்.

நோய் தொற்றிய 4—6 அல்லது 10 ஆண்டுகள் கழித்து நோயின் முதல் அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன. தொழுநோய்க் கிருமி, மூக்கின் சிலேட்டுமப்படலம் மற்றும் மூச்சுப் பாதையின் மேற்பகுறி, தோல் ஆகியவற்றின் மூலம் உட்பரவுகிறது. குடும்பத்திலுள்ள அல்லது அறி முகமான தொழுநோய் கொண்ட ஒருவருடன், நெருக்கமான நீண்ட காலத் தொடர்பு கொண்டால், தொழுநோய்க் கிருமி, மனித உட லைத்துளைத்து உட்செல்லுகிறது. பாதகமான துப்புறவு நலம் பேணல் முறைகளும், தாழ்ந்த வாழ்க்கைத்தரமும், தொற்று நோய்க்கு தோதாக உள்ளன. முக்கியமாக குழந்தைப் பருவத்திலேயே இந் நோய் தொற்றுகிறது. தோல் மற்றும் சிலேட்டுமப்படலங்கள், நரம்பு மண்டலம் மற்றும் உள்ளுறுப்புக்கள் ஆகியவை பாதிக்கப்படு கின்றன.

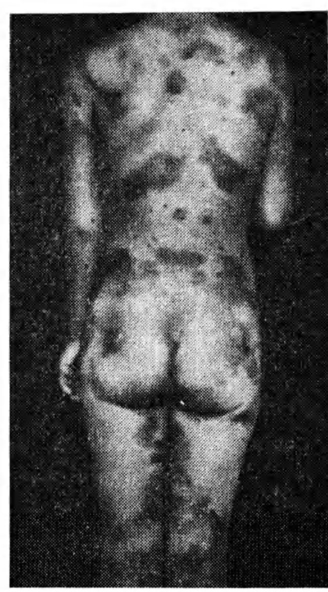
இரண்டு முக்கியமான தொழு நோய் வகைகள் பிரித்தறியப் பட்டுள்ளன: 1. லெப்ரோமாட்டஸ் அல்லது கொடுமையான தீவிர மான வகை. 2. ட்யூபர்குலாய்டு அல்லது தீங்கற்ற, மிதவகை. மேலும் இரண்டு துணைத் தொகுப்புகளும் உள்ளன: 1. தீர்மானிக்க இயலாத அல்லது குண வியல்பற்ற உறுதியற்ற வகை. 2. இருவகை அல்லது கலப்பு வகைத்தொழு நோயாகும்.

லெப்ரோமாட்டஸ் வகை. இதில் கருஞ்சிவப்பு நிறத்திட்டுக்கள், மற்றும் கழலைகள், பருக்கள் (தொழுநோய்க் கட்டிகள்—லெப்ரோமாக்கள்) பரவலான செம்பழுப்பு உட்கசிவுகள் ஆகியவை தோன்றுவது குறிப்பிடத்தக்கதாகும். மிகவும் அதிகமாக முகம் தான் பாதிக்கப்படுகிறது. அது சிங்கமுகம் போல் தோன்றுகிறது. (படம் 67) தொழு நோய்க் கட்டிகள் மறைந்து விடக் கூடும், அல்லது புண்ணாகக் கூடும். மூக்கு மற்றும் வாய், குரல்வளை ஆகியவற்றின் சிலேட்டுமப் படலங்களும், எலும்புகள் மற்றும் கல்லீரல், கண்கள் மற்றும் நிணமுடிச்சுகளும் பெரும்பாலும் பாதிக்கப்படுகின்றன. கைகளும், கால்களும் (எலும்புகள் உட்கவரப்படுவதால்) உருக்குலைந்து முடமாகத் துவங்குகின்றன. திட்டுகளுள்ள பகுதிகளில், உணர்வுக் குறைவு, அல்லது உணர்விழப்பு தொழுநோயின் குணவியல்பான நிலை, இவ்வகை, நோயின் பிற்காலத்திலேயே தான் ஏற்படுகிறது. தொழு நோய் கட்டி கொண்ட நோயாளிகள் தங்களைச் சுற்றியுள்ளவர்களுக்கு ஆபத்தாக இருக்கிறார்கள், காரணம் அவர்களின் மூக்கு சிலேட்டுமப்படலத்திலிருந்தும், புண்களிலிருந்தும் வெளிவரும் திரவங்களில் பல தொழு நோய் கிருமிகள் காணப்படுகின்றன.

ட்யூபர்குலாய்டு வகைத் தொழு நோய். இதன் குணவியல்பாக,



படம் 67. தொழுநோய் (லெப்ரோமாட்டஸ் வகை)



படம் 68. முழுவதும் பரவிய ட்யூபர்குலாய்டு தொழுவகை

தோலில் திட்டுகளும், கழலைகளும் குறைவாகவே ட்யூபர்கிள்களும், அவற்றின் பரப்பில் உணர்வுக் குறைவோடு (தொடுணர்வு வலி, வெப்ப நிலை) தோன்றுகின்றன. (படம் 68) புண்கள் ஏற்படாமல் அவை ஆறிய பிறகு நிறமிழந்த இடங்களையும், சில நேரங்களில் சூம்பிய பகுதிகளையும் விட்டுச் செல்கின்றன. தனிப்பட்ட நரம்புத் தண்டுகள் தடிப்படைவது இந்த நோயின் குணவியல்பான ஒரு மாற்ற மாகும். செயற்குறைவும், செயலிழப்பும் தோன்றக் கூடும். மூக்கின் சிலேட்டுமப்படலத்தில் தொழு நோய் கிருமிகள் இல்லையாதலின், இந்த நோயாளிகள் தொற்றும் தன்மை கொண்டவர்களல்ல.

தீர்மானிக்கப்படாதவகை. இவ்வகையில் குறிப்பிடத்தகுந்த தொழு நோய் பொரிப்புகள் தோன்றுவதில்லை. தோலில் உணர்விழந்த, நிறமி நீங்கிய அல்லது நிறமித்ததிட்டுகளும், சில தெளிவற்ற ஓரம மைந்த வெளிர்திட்டுகளும் காணப்படுகின்றன. பல நரம்பழற்சியும், தடித்து நீர் கெட்ட நரம்புத் தண்டுகளும் காணப்படுகின்றன. இவை புண்களாதல், தசைகள் நலிவடைதல் மூட்டுக் குறைபாடு, செய லிழப்புகள் மற்றும் பரந்த தோற்பரப்பில் உணர்வழிதல் ஆகியவற் றில் முடிவடைகின்றன.

கலப்பு வகை அல்லது இருவகைத் தொழு நோய். ஒரே நேரத்தில் மேலே குறிப்பிடப்பட்ட மூன்று வகைகளுக்கும் குணவியல்பான நோய் மாற்றங்கள் தோன்றுவது, இந்நோயின் குண இயல்பாகும்.

தொழுநோயின் ஆய்வக நிர்ணயித்திற்குத் தேவையான பொருட்கள் வருமாறு: நாசிச் சிலேட்டுமப் படலம், மற்றும் தொழுநோய்க் கட்டி யிலிருந்து சுரண்டல்கள், அதிலுள்ள திசுநீர் நிணமுடிச்சிலிருந்து உறிஞ்சப்பட்ட திரவங்கள், பிணிக்கூற்றாய்புப் பொருட்கள் முத லியன.

மூக்குச் சிலேட்டுமப்படலத்திலிருந்து வடியும் நீர், ஒரு குறட்டில் அல்லது பஞ்சு சுற்றப்பட்ட தடித்த மரத்தண்டில் திரட்டப்படு கிறது. குறிப்பாக, தடுப்புச் சுவரின் மேலுள்ள மூக்கு சிலேட்டுமப்பட லத்தை இரத்தம் வரும் வரை இப்பஞ்சு கொண்டு 30—40 வினாடி களுக்கு அழுத்தித் தேய்க்க வேண்டும். பிறகு பஞ்சை, கண்ணாடிச் சில்லின் மேல், பல முறைகள் தடவ வேண்டும். குருதிப் பூச்சுப்பரி சோதனை போன்று தயாரிப்பட வேண்டும்.

தொழுநோய்கழலைகள் மற்றும் நிணமுடிச்சுகளிலிருந்து ஆய்வுக் கான பொருளை, நல்ல ஊசியுடன் கூடிய பீச்சாங்குழல் கொண்டு, உறிஞ்சிச் சேகரிக்க வேண்டும். உறிஞ்சப்பட்ட பொருளை, குருதிப் பூச்சுபோன்று ஆய்வுக்குத் தயாரிக்க வேண்டும்.

தொழுநோய் திட்டுக்களை, ஒரு அறுவைக்கத்தி கொண்டு திசு நீர் வரும்வரை சுரண்டி, அதிலிருந்து பூச்சுகள் தயாரிக்கப்பட வேண் டும்.

பதிவுப் பூச்சை பின்வரும் முறையில் பெற வேண்டும்: திசுச்

சோதனைக்காக எடுக்கப்பட்ட சிறுகழலைகளின் அல்லது திட்டின் உட்பரப்பு, கண்ணாடிச்சில்லின் மேல் இழுக்கப் பட்ட பூச்சை உலர்த்தி, சாயமேற்ற வேண்டும்.

சிகிச்சை. சிகிச்சை எவ்வளவு சீக்கிரமாகத் துவக்கப்படுகிறதோ, அந்த அளவு விளைவுகளும் பயனுள்ளதாக இருக்கும். சல்போன் தயாரிப்புகள் (டி.டி.எஸ். சோலாசல் போன் என்னும் சல்ஃபைட்ரோன், சல்பேட்டின் எனப்படும் சல்போன் 3) சால் மூக்ரா த்தயாரிப்புகள் (சால்மூக்ரா எண்ணையும், முக்ராலும்) தையோயூரியாவிலிருந்து பெறப்பட்டவை. (சிபா 1906, ஈதாக் சிடம்) எத்தியோனமைடு இன்னும் மற்றவையும் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

சோவியத் யூனியனில் தொழுநோய்க் கட்டுப்பாடுகள். தொழுநோயின் தீவிர வகை (தொற்றவில்ல) கொண்ட நோயாளிகளை, தொழுநோய் சிகிச்சை நிலையங்களில் வைத்து முறையான சிகிச்சையும், முழுப்பலன் தரும் உணவும், ஒழுங்கான நடைமுறைகளும் உறுதிப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

நோயாளிகளின் குடும்பத்தினரும், அவருடன் நெருங்கிய தொடர் கொண்டவர்களும் நீண்டகால கணிகாணிப்பில் வைக்கப்படவேண்டும். தொழு நோய் நிகழ்வு வீதம், சோவியத் யூனியனில் நோய்த் தடுப்புக்கான திட்டமிட்ட முறைகளால் வெகுவாகக் குறைந்துள்ளது.

ல்யூபஸ் எரித்திமடோசஸ் (செந்தோல் நோய்)

இந்நோய் தோன்றுவதற்கான காரணம் தெரியவில்லை. நாளமில்லாச் சுரப்பிக் கோளாறுகள் மற்றும் இணைப்புத் திசுவின் செயற்பாட்டுத்தாடைகள், புற ஊதாக்கதிர்களுக்கு அவர்களின் உணர்வு மிகு விளைவு, நாட்பட்ட நோய்த்தொற்றுமையங்கள், ஆகியவை இந்நோய் தோன்ற உதவுகின்றன.

நாட்பட்ட நோயான செந்தோல் நோய், பெரும்பாலும் முகத்தில் தோன்றுகிறது. சிவந்த விட்ட அல்லது நீளவட்டத்திட்டுகள் தோன்றுகின்றன. அவை உட்கசிவு மையங்களாக மாறி, உறுதியாயமைந்த, செதிள்களால் மூடப்பட்டுள்ளன. இந்நோய், தோல் சூம்புதலில் முடிகிறது. பெரும்பாலும் முகத்திலுள்ள பாதிப்பிடங்கள், ஒரு வண்ணத்துப்பூச்சியின் வடிவத்தில் வரிசையமைப்பைப் பெற்றுள்ளன. (படம் 69) மண்டையிலுள்ள செந்தோல் இடங்களின் தழும்பு நலிவுறுவதால், வழுக்கைநிலை உண்டாகிறது. அடர்ந்தவன் செதிள்களும், நீலநிறத் திட்டுக்களின் மேலமைந்து தழும்புச் சூம்பலிடங்களும், கீழுதட்டின் சிவப்பு நிற ஓரத்தில் காணப்படுகின்றன.

உலலுறுப்புகள் பாதிப்புடன் கூடிய ல்யூபஸ் எரித்திமடோசிஸ் (முனைப்பானதும், முனைப்பற்றதும்). இது ஒரு அரிதான நோயாகும். இதில்

சிறுநீரகங்கள் மற்றும் கல்லீரல், இருதயம், மூட்டுக்கள் ஆகியவற்றின் பாதிப்பும் காணப்படுகிறது. மிகவும் தீவிரமான போக்கைக் கொண்ட இந்நோய், பெரும்பாலும் மரணத்தில் முடிகிறது.

சிகிச்சை. நாட்பட்ட செந்தோல் நோய்க்கு சிகிச்சை அளிக்க சிங்காமின் (குளோரோக்குவின், டெலாஜில், ரெசோகுவின்) 0.25 கி. மாத்திரைகள் ஒரு முறையாக 40 நாட்களுக்கு (மொத்தம் 20 கிராம் அல்லது 80 மாத்திரைகள்) கொடுக்கப் படுகின்றன. மெப்பாக்ரைன் ஹைட்ரோகுளோரைடு (குவினாக்ரைன்) வேளைக்கு 0.1 கி. அளவில் ஒரு நாளைக்கு மூன்று வேளை 10 நாட்களுக்குக் கொடுக்கப்படுகிறது. 5—10 நாட்கள் இடைவெளியில் 5—6 முறை, இதே சிகிச்சை கொடுக்கப்படுகிறது. அதே போது, நிகோடினிக் அமிலம், உணவுக்குப் பிறகு தடவைக்கு 0.1 கி. அளவில் தினமும் இரு வேளை மாத்திரைகளாகக் கொடுக்கப்படுகிறது. அல்லது 1% கரைசலாக சிரை வழியாக ஊசி மூலம் செலுத்தப்படுகிறது. (தினமும் 2—10 மி.லி. என மொத்தம் 10—15 ஊசிகள்) சில நோயாளிகளுக்கு வைட்டமின் ''பி''$_{12}$ ஊசி மூலம் தினமும் அல்லது ஒன்று விட்டு ஒரு நாள் தருவது நலன் அளிக்கிறது. (தின அளவு 100—200 மைக்ரோகிராம். மொத்தம் 20 ஊசிகள்) அல்லது பையோகுவினால் (நடுநிலைத்தாவர எண்ணெயில் குவினின்) ஒரு முறைக்கு 2 மி.லி. அளவில் வாரத்தில் இரு முறையாக மொத்தம் 40 மி.லி. அளவு செலுத்தப்படுவதால் பலன் கிடைக்கிறது. நோயின் சிகிச்சையாக 10% குவினாக்ரைன் பிளாஸ்திரி அல்லது 10% குவினாக்ரைன் களிம்பு, கைனாலார்களிம்பு, உலர் பனிக் கட்டி ஆகியவையும் பயன்படுத்தப் படுகின்றன. நோய் மீண்டும் மீண்டும் வருவதைத் தடுக்க 5—10% குவினின் அல்லது ஃபீனைல் சலிசிலேட் (சேலால்) கொண்ட களிம்புகளும், கிரீம்களும் சூரியக் கிரணங்களில் இருந்து தோலைப் பாதுகாக்கப் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. செந்தோல் நோய் முனைப்பாக அல்லது முனைப்புக் குறைவாயுள்ளபோது கார்டிக்கோஸ் டீராய்டு ஹார்மோன்கள் நலம் பலனைத்தருகின்றன.

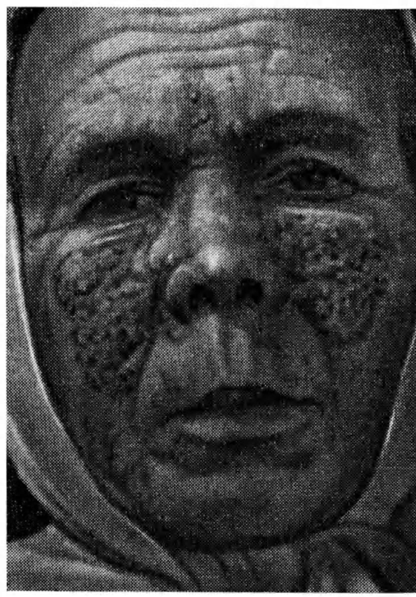
தோலழற்சியும் நச்சுத்தோற் பிணியும்

தோலழற்சி என்பது வெளி உறுத்தல்களின் விளைவாகத் தோன்றும் திடீர் அழற்சியாகும். வெளி உறுத்தல்கள் கட்டுப்படுத்தப் படாதவை (அவை தோலின் மேல் செயல் படும்போது எல்லோரிலும் எல்லா சமயங்களிலும் தோலழற்சியை உண்டுபண்ணுகின்றன. அவையாவன: வலிய அமிலங்களும், காரங்களும், 50° செ.க்கு மேற்பட்ட சுடு நீர் இன்னபிற) எனவும் கட்டுப்படுத்தப்பட்டவை அல்லது ஒவ்வாப் பொருட்கள் அல்லது அலர்ஜென்கள் (இவை கூருணர்வு விளைவு கொண்ட சிலரில் மட்டும், தோலழற்சியை உண்டுபண்ணுகின்றன)

எனவும் இரு வகையாகப் பிரிக்கப்பட்டுள்ளன. கட்டுப்படுத்தப்படாத உறுத்தல்களின் விளைவால் தோன்றும் தோலழற்சி, சாதாரண அல்லது செயற்கை தோலழற்சி எனவும், ஒவ்வாப் பொருட்களால் தூண்டப்படுவதை ஒவ்வா அழற்சி எனவும் கூறப்படுகிறது.

நச்சுத் தோற்பிணி உறுத்துப் பொருள் ஒன்று. மூச்சுப் பாதைகள் மற்றும் உணவுப் பாதை வழியாகவோ, அல்லது சரும அடியிலோ தசைக்குள்ளோ ஊசி மூலம் செலுத்தப்படும் போது ஏற்படும் திடீர் தோலழற்சியாகும்.

சாதாரண (செயற்கை) தோலழற்சி. உறுத்து பொருளின் விளைவுக்கு தோல் உட்படுத்தப்படும் போது திடீரென்று இது தோன்றுகிறது. அதன் குணவியல் காரணமாக தோல் பளிச்சிடும் சிவப்புநிறமடைந்து வீங்குகிறது. உறுத்து பொருளின் வன்மையைப் பொறுத்து தோலில் நீர் கொப்புளங்கள், மற்றும் பெருநீர் கொப்புளங்கள், திசுவழிவு தோன்றக் கூடும். வெம்மையும், எரிச்சலும்வலியும், அரிப்பும் நோயாளிகளுக்கு ஏற்படுகிறது. உறுத்து பொருளின் விளைவு தணிந்து ஓரிரு வாரங்களுக்குப் பிறகு எவ்வித சுவடுமின்றி தோலழற்சி தீர்ந்து போகிறது. திசு அழிந்த இடங்களில் புண்கள் தோன்றி, அவை ஆறும் போது தளிம்புகள் தோன்றுகின்றன.



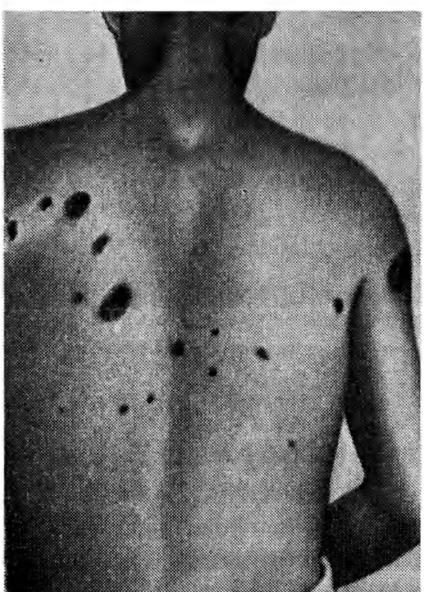
படம் 69. ல்யூபஸ் எரிதமடோசிஸ்(செந்தோல் நோய்)

ஒவ்வாத் தோலழற்சி ஒரு குறிப்பிட்ட ஒவ்வாப் பொருளுக்கு (ரசாயன முகவங்களான குரோமியம், நிக்கலின் உப்பு, சாயங்கள், (உர்சால்) சில பூக்கள், செடிகள் இன்னபிற) உணர்வு விளைவுமிகுந்துள்ளவர்களில் இது, தோன்றுகிறது. உணர்வு மிகு விளைவு பிறவியில் இருந்தே (இயல்பு ஒவ்வாமை. முட்டைகள், ஸ்ட்ராபழங்கள்) இருக்கக்கூடும். ஆனால், பெரும்பாலும் ஒவ்வாப் பொருள்களுடன்மீண்டும் மீண்டும் ஏற்படும் தொடர்பால் சிறிது சிறிதாக வளர்கிறது. (உணர்வு விளைவு மிகப் பெறுதல்) தோலில் குருதி மிகையும், வீக்கமும் ஏற்பட்டு திட்டுகள் மற்றும் கொப்புளங்கள், பெருங்கொப்புளங்கள் தோன்றுகின்றன. ஒவ்வாப் பொருளுடன்

தொடர்பு நீங்கியபிறகு, அழற்சி நிலை தணிகிறது. ஆனால் புதுத் தொடர்பு ஏற்படுமானால் அழற்சி திரும்ப உண்டாகிறது. ஒவ்வாப் பொருளின் நீண்டகால திரும்பத் திரும்ப ஏற்படும் விளைவில், ஒவ்வாத் தோலழற்சி, எக்சீமாவாக மாறுகிறது.

நச்சுத் தோற்பிணி. இங்கு கொப்புள வெடிப்பு ஒரே சீராக உள்ளது. நோயாளியின் பொதுவான உடல் நிலை பெரும்பாலும் மோசமாகவே உள்ளது. பிணி நிலை, ஒவ்வாத் தோல் அழற்சியை விட மோசமாக இருக்கிறது. பொரிப்பு, பரவலாகவும் திட்டுத் திட்டாகவும் இளஞ்சிவப்பு அல்லது கரும் சிவப்பு நிறமாக உள்ளது. பொரிப்புகள் மற்றும் தடிப்புகள், நீர் கொப்புளங்கள், பெருங்கொப்புளங்கள் தோன்றலாம்.

மருந்துத் தோலழற்சியும் சில போது காணப்படுகிறது. இது சாதாரணமானதாக (சலிசிலிக் அமிலம், மற்றும் பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் ஆகியவற்றின் செறிவு சருமத்தின் மீது ஏற்படுத்தும் விளைவு) அல்லது ஒவ்வாமை காரணமாக (ஸ்ட்ரெப்டோமைசீன் அல்லது அமைனசீன் போன்றவற்றைக் கையாளும் மருத்துவப் பணியாளர்கள்) இருக்கக் கூடும். ஆனால் மிக அதிகமாகக் காணப்படுவது நச்சுத் தோற்பிணியாகும். (மருந்து வாய் வழியாகச் செலுத்தப் படும் போதோ, அல்லது சரும அடிக்குள்ளோ, தசையினுள்ளோ அல்லதுசிரையினுள்ளோ ஊசி மூலம் செலுத்தப்படும்போது), மந்துத் தோலழற்சி நிலை கொண்டதாயிருக்கக் கூடும். அதாவது மருந்து செலுத்தப்படுவதைத் தொடர்ந்து ஒரேயிடத்தில் அதுவும் குறிப்பிட்ட இடத்தில் அழற்சி தோன்றும். இந்த நிலை கீழ்க்கண்ட மருந்துகள் செலுத்தப்படும் போது தோன்றுகிறது. பெனிசிலின், ஸ்ட்ரெப்டோமைசீன், சல்ஃபனிலமைடு, சல்பமெதசின், அபூர்வமாக அமைனோபைரின், குவினாக்ரைன், புரோகைய்ன், ஹைட்ரோகுளோரைடு, புரோமைடு, அயாடின், பாதரசம், ல்யூமினால் (பினோபார்பிடால்) போன்ற மற்றும் பல மருந்துகள். (படம் 70)



படம் 70. சல்பனிலமைடால் உருவான எரிதீமா

சிகிச்சை. உறுத்து பொருட்களையும், ஒவ்வாப் பொருட்களையும் விலக்குவதால், தோலழற்சியிலிருந்து எவ்வித சுவடுமின்றி விரைவான குணம் கிடைக்கிறது. சாதாரணத் தோலழற்சிக்கு சாதாரண லோஷன்களும் பசைகளும், களிம்புகளும் கொண்டு சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது.

உணர்வு மிக விளைவைக் குறைப்பு சிகிச்சையும், மற்றும் ஹிஸ்டமின் எதிர்ப்பு மருந்துகளும், ஒவ்வாத் தோலழற்சி மற்றும் நச்சுத் தோற்பிணி நோயாளிகளுக்குக் கொடுக்கப்படுகின்றன (தோல் நோயாளிகளின் சிகிச்சைக்கான பொது நியதிகள் என்ற அத்தியாயம் காண்க). உடலிலிருந்து ஒவ்வாப் பொருளை நீக்க, பேதி மருந்துகளும், சிறுநீர் பெருக்கிகளும், மிகையான அளவில் திரவங்கள் உட்கொள்வதும் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன.

எக்ஸிமா

எக்ஸிமா நோய் என்பது ஒரு ஒவ்வாமைத்தோல் நோயாகும். அது முனைப்பானதாகவோ, நாட்பட்டதாகவோ இருக்கக் கூடும். நரம்பு மண்டலச் செயற்பாட்டில் ஏற்படும் பல்வேறு கோளாறுகளால் எக்ஸிமா நோய் தோன்றலாம். எக்ஸிமா நோயாளி, ஒரு ஒவ்வாப் பொருளுக்கு மட்டும் உணர்வு மிகு விளைவு கொண்டவனாயிராமல் (ஒவ்வாத் தோலழற்சி போல். மேலே பார்க்கவும்) பல பொருட்களுக்கு கூருணர்வு கொண்டவர்களாக இருக்கிறார்கள். எக்ஸிமா நோயைத் தூண்டவல்ல ஒவ்வாப் பொருட்கள் மிகப் பலவாகும். ஒரே நோயாளி, ஒவ்வாத புறப் பொருட்களுக்கும், (வேதியிய முகவங்கள், சூரிய ஒளி, சோப்பு, செடிகள், உணவு, மருந்துகள்) ஒவ்வாத அகப் பொருட்களுக்கும் (கல்லீரல், இரைப்பைக் குடல் பாதை நோய், குடற்புழு நோய், நாட்பட்ட குவிய நோய்த் தொற்று) உணர்வு விளைவு மிகுக்க பெற்றிருக்கிறான். கொப்புள வெடிப்பு பெரும்பாலும் முகம், மற்றும் கை, கால்களில் காணப்படுகிறது. நுண்ணுயிர் நச்சுக்கள் மற்றும் காளான்களின் உயிரியக்க விளை பொருட்கள், நாளமில் சுரப்பிச் சீர் கேடுகள் போன்ற இன்னும் பல அம்சங்கள் ஒரு அழற்சியைத் தூண்டக்கூடும். எனவே எக்ஸிமா நோய் தோற்றம் சிக்கலான ஒன்றாகும்.

தீவிர எக்ஸிமா. தோல், ஒளிச்சிவப்பாக மாறி வீங்குகிறது. இப்பின்னணியில் பருக்களும், ஊசித்தலையளவுள்ள தெளிவான நீர் நிரம்பிய நீர்க் கொப்புளங்களும் தோன்றுகின்றன. நீர்க்கொப்புளங்கள் வெடித்து ''புள்ளி'' அரிப்புகளாக மாறி, அதிலிருந்து தெளிவான நீர் கசிகிறது. அரிப்புகள் ஒன்றிணைந்து நீர் வடிக்கும் பரப்புகளாகின்றன. (படம் 71) நீர் வடிதல், குறையும் போது செதிளுரிதல் துவங்குகிறது. புதிய பருக்களும், நீர்க் கொப்புளங்களும், நீர்

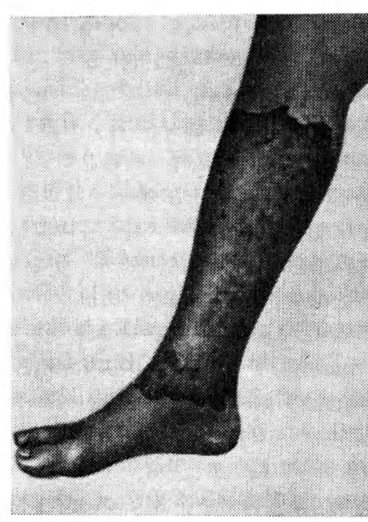
வடிக்கும் இடங்களும் தோன்றுகின்றன. இத்துடன் சீழ் நோய் தொற்று ஏற்படுமாயின், சீழ் வடிவதோடு மஞ்சள் நிற சீழ் பொடுகு கள் தோன்றகின்றன. எக்ஸிமாவில் தீவிர, மற்றும் நாட்பட்ட ஆகிய இரு வகைகளிலும், நோய் மாற்றங்களின் பல குண இயல் தன்மை கொண்டு உள்ளது. (தோல் சிவத்தல், பருக்கள், கொப்புளங்கள், பொடுகுகள், செதிள்கள்). அத்துடன் எரிச்சலும், தீவிரமான அரிப் பும், தெளிவற்ற விளிம்புகளும் உள்ள நோயிடங்கள் சீரமையைப் பெற்றுள்ளதும் சேரும், சில வாரங்களில் பொரிப்புகள் மறைகின் றன, அல்லது நோய் மீண்டும் திரும்புகிறது, தீவிர எக்ஸிமா நோய் பெரும்பாலும் நாட்பட்ட நோயாக மாறுகிறது.

நாட்பட்ட எக்ஸிமா. தோல் தடித்து, அதன் பாங்கமைப்பு மிகைப் படுத்தப்பட்டுள்ளது. நோய் மையங்கள் கருஞ்சிவப்பு நிறம் கொண்டு பொடுகுகளாலும், செதிள்களாலும் மூடப்பட்டுள்ளன. அரிப்பு தீவிர மாயுள்ளது. அவ்வப்போது, நோய் மிகுதியாவதற்கு (தீவிரமடைந்த நாட்பட்ட எக்ஸிமா) பல்வகை அம்சங்கள் (ஒவ்வாப் பொருட்கள்) காரணமாகும். நாட்பட்ட எக்ஸிமா பலப்பல ஆண்டுகளுக்கு நிலைத் திருக்கக்கூடும்.

எக்ஸிமா நோயில் பல வகைகள் உள்ளன. **நுண்ணுயிர் எக்ஸிமா** என்பது மோசமடைந்த காயம் மற்றும் புண், சீழ் கொப்புளங்கள், ஆகியவற்றைச் சுற்றி ஒரே சீராக இன்றி கால்களைச் சுற்றிக் காணப் படுகின்றன. (படம் 72) அத்தகைய எக்ஸிமா விளிம்புகள் கூர்மை யாக தெளிவாயமைந்துள்ளன. **செபோரிய எக்ஸிமா.** இங்கு பொது



படம் 71. தீவிர எக்ஸிமா



படம் 72. நுண்ணுயிர் எக்ஸிமா

வாக மண்டை மற்றும் முகம், நெஞ்சென்புப் பகுதி, முதுகுப் பட்டை என்பிடைப்பகுதி, தோல் மடிப்புகள் (அக்குள், தொடையிடை, காதுகளுக்குப்பின்) ஆகியவற்றில் பொரிப்பு உண்டாகிறது. செபோரிய எக்ஸிமா நோய்க்குவியங்கள், மஞ்சள் சிவப்பாகவும், எண்ணெய் பசையுள்ள மஞ்சள் நிறச்செதிள்களால் மூடப்பட்டுள்ளன. மற்ற வகை எக்ஸிமாவைவிட, இதில் அரிப்பு குறைவாக உள்ளது. **சிசுப்பருவ எக்ஸிமாவில்** மண்டை, முகம், புட்டங்கள், சில போது உடம்பின் மற்ற உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றின் தோலின் மேல் செம்மைபடர்கிறது. பிறகு சிறு கட்டிகளும், நீர் கொப்புளங்களும், நீர் வடித்தலும், பொடுகுகளும், தோன்றுகின்றன. (படம் 73) இந்நோய் நிலையில் தீவிர அரிப்பும் உடன் உள்ளது. இந்நோயால் பாதிக்கப்பட்ட குழந்தைகள் சரியாகத் தூங்காமல் கத்திக் கொண்டு பசியிழந்து அமைதியற்று உள்ளன. ஒழுங்கற்ற உணவூட்டம், (துரிதமான செயற்கை முறை உணவூட்டம், அடிக்கடியும், அளவுக்கு மிஞ்சிய உணவூட்டம்) சில உணவுகளுக்கு உணர்வு மிகு விளைவு, (பசுவின் பால், முட்டை வெண்கரு, பெர்ரிபழங்கள், ஆரஞ்சுப் பழங்கள் இன்னபிற) இரைப்பைக் குடல் சீர்கேடுகள், (மலச்சிக்கல், உணவு எதிர்க்களிம்பு) ஆகிய நிலைகளில் 3 வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளில் குழந்தை எக்ஸிமா பெரும்பாலும் காணப்படுகிறது.



படம் 73. நீர் வடிக்கும் (ஈர) எக்ஸிமா

சிகிச்சை. நோயுற்றவரை முழுவதுமாக பரிசோதித்து உடலிலுள்ள மற்ற நோய்களுக்கும் சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். மனிதனுக்கு அலர்ஜியை தோற்றுவிக்கும் எல்லா அம்சங்களையும் அகற்ற அனைத்தையும் செய்ய வேண்டும்.

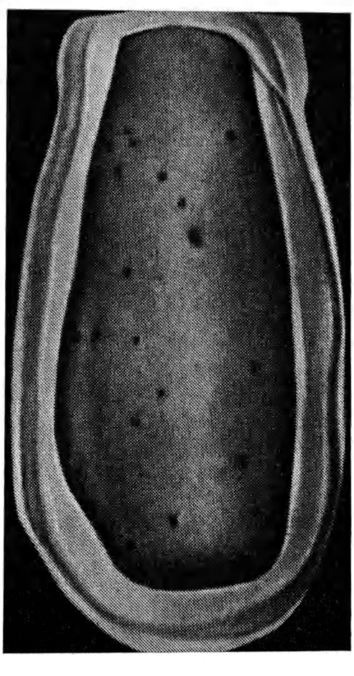
பொதுவான சிகிச்சை. நரம்பு மண்டலத்திற்கு இதமளிப்பவையும், உடலின் உணர்வு மிகுப்பைக் குறைக்கவல்லவையுமான மருந்துகளைத் தருவது இதில் அடங்கும். ஹிஸ்ட்டமின் எதிர் மருந்துகளும், வைட்டமின்களும் வெகுவாகப் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. எக்ஸிமாவின் தீவிர வகைகளில் கார்ட்டிகோஸ்டீராய்டு ஹார்மோன்கள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. (தோல் நோயாளிகளின் சிகிச்சை பற்றிய நியதிகள் என்ற அத்தியாயத்தில் காண்க).

வெளிச் சிகிச்சையில் அழற்சியின் அளவும், (நோயின் தீவிர குணம்) அதன் இடமமைப்பும், பரவியுள்ள அளவும் கணக்கிலெடுத்துக் கொள்ளப்படுகின்றன. தீவிர நைவுகளின் போது குளிர்ந்த

லோஷன்களும், நீர்த்த குலுக்கு லோஷன்களும் பலன் தருகின்றன. அழற்சி நிலை தணிந்த பிறகு, அல்லது நாட்பட்ட எக்ஸிமாவில் எண்ணெய் குலுக்கு லோஷன்களும், பசைகளும் களிம்புகளும் அறிவுறுத்தப்படுகின்றன. மருந்துப் பொருட்களின் செறிவை, கொஞ்சம் கொஞ்சமாக அதிகரித்து வர வேண்டும். (கந்தகம், தார், நாப்தலீன் பெட்ரோலியம் இன்னபிற) கார்டிகோஸ்டீராய்டு களிம்புகள் அடிக்கடி பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

தொழில்வழி தோல் நோய்கள்

உற்பத்தி முறைகளோடு தொடர்புடைய பல கூறுகளில் ஊறுண்டாகும் வினைகள் தொழில்வழித் தோல் நோய்களில் முடிகின்றன. **செய் தொழில் அறிகுறிகள்** இந்த வகை நோய்களில் பிரித்தறியப்படுகின்றன. பணியாளரின் காய்த்துப் போன கைகள், நிலக்கரி (சுரங்கங்கள், நீராவி இயந்திரங்கள்) அல்லது புகை பிடித்த அழற்சியற்ற புள்ளிகள், நெருப்புக் காயங்களால் ஏற்படும் தழும்புகள் முதலியன. (உலோகத் தொழிலாளர்களில்).



படம் 74. தொழில் வழி எண்ணெய் தூண்டிய மயிர்க்கால் அழற்சி

உறுத்துகின்ற தொழில் வழித் தொடர்புப் பொருட்களின் தன்மைகள், பணியாற்றும் இடங்களில் துப்புறவு மற்றும் நலம் பேணல் நிலைகள், நோயாளியின் பொதுவான உடல் நிலை ஆகியவை, தொழில் வழித் தோல் நோய் தோன்றுவதில் பங்கு பெறுகின்றன.

பல பொருட்களும் அம்சங்களும், தொழில் வழி உறுத்தல்களாக இருக்கக்கூடும். சூழ்நிலையின் உயர்ந்த அல்லது குறைந்த தட்பவெப்பநிலை, ஈரக்கசிவு நிலை, தூசு, வன் துகள்கள், அமிலங்கள், காரங்கள், சாயங்கள், பிளாஸ்டிக் பொருட்கள், மருந்துகள் (மருத்துவ பணியாளர்களுக்கும், உற்பத்தி நிலையைப் பணியாளர்களுக்குமுள்ள தொடர்மங்கள்) இன்னபிற. சாதாரண ஒவ்வாத் தோலழற்சி, தொழில் வழி எக்ஸிமா, சீழ்தோற்பிணி ஆகிய நோய் வடிவங்களை உண்டாக்குகின்றன. மசகிடு எண்ணெயோடு தொடர்புகொண்டவர்களுக்கு மயிர்க்கால் அழற்சி

அல்லது அக்ணிசெபேசியா (படம் 74) உண்டாகின்றது.

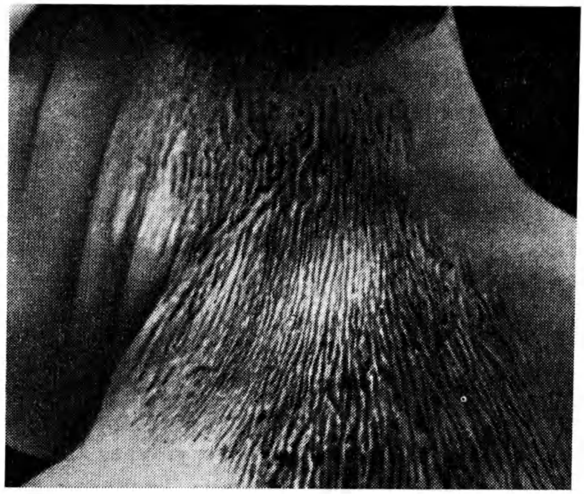
சிகிச்சை. *நோயின் காரணத்தைக் கண்டுபிடித்து அதை அகற்ற வேண்டும். தொழில் வழியில்லாத இதே மாதிரியான நோய்களுக்கு அளிக்கப்படும் சிகிச்சையின் படி, பொதுவான முறைகளும், வெளி முகவங்களும் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.*

தடுப்பு முறைகள். *தொழில் வழி நோய்களைத் தடுப்பதற்கு, உடலமைப்பை வலிமைப்படுத்துவதற்கான முறைகள், (வன்மையாக்கு முறைகள், உடற்பயிற்சிகள்) தீங்கு தரும் தொழில் நிலைகளைக் குறைப்பது அல்லது ஒழிப்பது (உற்பத்தியை இயந்திர மயமாக்குதல்), ஊறு விளைவிக்கும் முகவங்களின் தொடர்பிலிருந்து தோலைப் பாதுகாத்தல் (அமலங்கள், தடுப்பு வெளியாடைகள், கையுறைகள், காப்புப் படலங்களையும், களிம்புகளையும் தடவுதல்) ஆகியவற்றை மேற்கொள்வது அவசியம். எல்லாப் பணியாளர்களும், தங்கள் நலம் பேணலுக்கான விதி முறைகளை கடைபிடிக்கிறார்களா என்பதையும், பணி முடிந்த பின்னர் தோலைக் கழுவிச் சுத்தம் செய்கிறார்களா என்பதையும் (நீர் சொரி குளியல் இன்னபிற) சிறிய காயங்கள் அனைத்துக்கும் சிகிச்சை பெறுகிறார்களா என்பதையும் (2% டிங்க்சர் அயோடின், அல்லது அனிலின் சாயங்களின் 1—2% சாராயக் கரைசல்கள்) கண்காணிக்க வேண்டும். பரவலான அளவில் நலவழிக்கல்வி அவசியமாகும்.*

தோலின் அரிப்பு நோய்கள்

முக்கியமான அறிகுறிகளுள் ஒன்றாகவோ அல்லது முதன்மையாகவோ, அரிப்பு உள்ள நோய்கள் இத்தொகுப்பை அமைக்கின்றன. இத்தொகுப்பின் நோய்களாவன: நரம்புத் தோலழற்சி, மற்றும் சரும அரிப்பு, ஒவ்வாப் பொரிப்பு, குழந்தைகளில் அரிப்பு, வயது வந்தவர்களில் அரிப்பு முதலியன.

நரம்புத் தோலழற்சி. *எக்ஸிமா உண்டாவதற்கு என்னென்ன கூறுகள் துணை புரிகின்றனவோ அதே கூறுகள் நரம்புத் தோலழற்சியை உண்டாக்குவதில் முக்கியப் பங்கு வகிக்கின்றன (நரம்பு மண்டலம் மற்றும் நாளமில்லாச் சுரப்பிகள், உள்ளுறுப்புக்கள் ஆகியவற்றின் சீர்கேடுகள்). சுற்றுக் கோட்டுக்குட்பட்ட நரம்புத் தோலழற்சிதான் மிகவும் அதிகமானதாகும். கழுத்தின் பின்புறத்திலும், முழங்கை முன்பள்ளம், முழங்கால் பின்பள்ளம் ஆகியவற்றிலும், எப்போதாவது மற்ற பகுதிகளிலும் தீவிரமான அரிப்பு ஏற்படுகிறது. பிறகு தட்டையான, சிவப்பான பருக்கள், தோன்றி பின்னர், ஒன்றிணைந்து தோல் தடித்தும், பாங்கமைப்பு மிகைப் படுத்தப்பட்டுள்ள (வன்மையாதல்) திட்டுக்கள் உண்டாகின்றன. அரிப்பின் காரணமாக தோல் தேய்வும், பொடுகுகளும் உண்டாகின்றன. (படம் 75)*



படம் 75. எல்லைக்குட்பட்ட நரம்புத் தோலழற்சி

பரவலான நரம்புத் தோலழற்சி. தோலின் பரப்பு முழுவதும் இடை விடாத அரிப்புடன் நோய் துவங்குகிறது. தோல் உலர்ந்து நிறமிக்கிறது. பருமன் அடைந்து குருதிப் பொடுகுகளால் மூடப்பட்டுள்ளது. நரம்புத் தோலழற்சி நீண்ட காலத்திற்கு நீடிக்கிறது.

சிகிச்சை. உடலுள்ள மற்ற நோய்களுக்கு சிகிச்சை அளிக்கப் படுகிறது. நரம்பு மண்டலத்திற்கு சிகிச்சை அளிப்பதில் குறிப்பான கவனம் செலுத்தப்படுகிறது. (துயில் சிகிச்சை, மயக்கு துயில் நிலை, புரோமைடு தயாரிப்புகள், புரோகைய்ன் ஹைட்ரோகுளோரைடு) கார்டி கோஸ்டீராய்டுகள் வாய் வழியாகக் கொடுக்கப்படுகின்றன, அல்லது களிம்புகளாகத் தடவப் படுகின்றன. சுகாதாரமையங்களில் சிகிச்சையளிப்பது பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. தார் (2—10%) 10—20% ஏ.எஸ்.டி. தயாரிப்பு, (விலங்கினத்திசுக்களின் விளை பொருளான இதற்கு தார், போன்ற அதே மாதிரியான விளைவு ஏற்படுகிறது) மெழுகுத் தடவல்கள், வரையறுக்கப்பட்ட ஊடுறவு மையங்களுக்கு ஊடு கதிர் சிகிச்சை ஆகியவை, வெளிச்சிகிச்சையில் அடங்கும்.

தோல் அரிப்பு. இந்நோயின் ஒரு அறிகுறி இடைவிடாத அரிப்பாகும். அது குறிப்பிட்ட இடங்களில் மட்டுமோ (குதப்பகுதி அல்லது வெளிப்பிறப்புக்கள் பகுதி) அல்லது ஏறக்குறைய தோல் பரப்பு முழுவதையும் பாதித்து பரவலாகவோ இருக்கக் கூடும்.

வன்மையான நரம்பு மண்டலப் பணிச்சுமை மற்றும் நாட்பட்ட உணர்சிவயநிலை, நாட்பட்ட நச்சுப் பிணி (குடற்புழுக்கள்) வளர்

சிதை மாற்றக் கோளாறுகள் (முதுமையில் அரிப்பு) ஆகியவை இந் நோயை உண்டாக்குகின்றன.

சிகிச்சை. அரிப்புக்காண காரணத்தை ஒழிக்க வேண்டும். வாய்வழியாக ஹிஸ்டமின் எதிர் மருந்துகள் மற்றும் மென்தால் கொண்ட சாராயக் கரைசல்கள், அனஸ்தீசின், கார்பாலிக் அமிலம் அல்லது டைபீனனல் ஹைட்ரமின் ஹைட்ரோகுளோரைடு ஆகியவை கொடுக்கப்படுகின்றன.

ஒவ்வாப்பொரிப்பு. அர்டிகேரியா (ஹைவ்ஸ்) தடிப்புகளுடன் கூடிய தீவிரமாக அரிப்பையும் கொடுக்கும், ஒரு ஒவ்வாமை நோயாகும். பல்வேறு புற மற்றும் அக அம்சங்கள் இந்நோயை உண்டாக்குகின்றன. சில உணவுகள் (முட்டைகள், நண்டுகள், ஸ்ட்ராபெர்ரி முதலியன) மருந்துகள், (பெனிசிலின், இரத்த வடி நீர், குவினின் இன்ன பிற) இரைப்பைக் குடல் கோளாறுகள், கல்லீரல் மற்றும் சிறுநீரக நோய்கள், குடற்புழுக்கள், தெள்ளுபூச்சி மற்றும் படுக்கை மூட்டைகள், கொசுக்கள் ஆகியவற்றின் கடிகள், முட்செடி அல்லது முள் ரோசாவுடன் நேரடித் தொடர்பு, தட்ப வெப்ப நிலையின் விளைவு ஆகியவை. ஒவ்வாப் பொரிப்பின் திடீர் தாக்குதல்கள் வலுவான நரம்பு மனச் சுமையின் பின் ஏற்படக் கூடும். ஒவ்வாப் பொரிப்பின் தடிப்புகள், சிவப்பாக இளஞ்சிவப்பாக அல்லது வெண்மையாக இருக்கக் கூடும். (படம் 76) இத்துடன் அரிப்பும் எரிச்சலும் உள்ளன. தீவிர, (சில நாட்களே நீடிக்கும்) நாட்பட்ட (பல மாதங்கள், ஆண்டுகள், நீடிக்கும்) அர்டிகேரியா, வேறுபடுத்தி அறியப்பட்டுள்ளன.

சிகிச்சை. பேதி மருந்து மற்றும் உணர்வு மிகு தணிப்பு முகவங்கள், மற்றும் ஹிஸ்டமின் எதிர் மருந்துகள், ஆகியவற்றின் உதவியுடன் திடீர் ஒவ்வாப் பொரிப்பு சமாளிக்கப்படுகிறது. நாட்பட்ட எக்ஸிமா நோயில்—அதன் காரணம் தெரியுமாயின் அது அகற்றப்பட வேண்டும். நோயிட சிகிச்சைக்கு அரிப்பு எதிர்ப்பு மருந்துகள் கொடுக்கப்படுகின்றன.



படம் 76. ஒவ்வாப் பொரிப்பு (அர்டிகேரியா). இயந்திரீக உறுத்தல் இடத்தில் வெடித்த பொரிப்புகள்

குழந்தையில் அரிப்பு நோய் (ஸ்ட்ரோபுலஸ்). இந்நோய் முதல் அல்லது இரண்டாவது வயதில் குழந்தைகளில் ஏற்படுகிறது. மிகையுணவு அல்லது உடற்புழுக்களால் ஏற்படும் செரி

மானக் கோளாறுகளால்இது ஏற்படுகிறது. மற்றும் பல காரணங்களாவன: இனிப்புகள்மற்றும் முட்டைகள், பசுவின் பால் ஆகியவற்றிற்கான தாளாமை,முட்டைகள் மற்றும் பூச்சிகள், கொசுக்கள் ஆகியவற்றின் கடிக்குமிகு உணர்வு விளைவு ஆகியன. தோலில் தடிப்புகள் தோன்றுகின்றன. அதன் மையத்தில் அடர்த்தியான தீவிரமான அரிப்புத்தரும், தினையளவான பருக்கள் காணப்படுகின்றன. சில போது இப்பருக்களின் இச்சத்தில் ஒரு சிறிய நீர் கொப்புளம் தோன்றக் கூடும். தடிப்புகள் சிறிது காலத்தில் மறைந்து விடுகின்றன. ஆனால் பருக்கள் 2—3 வாரங்கள் நீடிக்கின்றன. கடுமையான அரிப்பு, குழந்தைகளுக்குத் தொல்லை தந்து அவர்கள் தூக்கத்தைக் கெடுத்து தொந்தரவு நிறையத் தருவதாக மாறுகின்றன. சீழ் தோற்பிணி ஏற்படக்கூடும்.

சிகிச்சை. நோயின் காரணங்கள் அகற்றப்பட வேண்டும். உணர்வு விளைவுத்தணிப்பும், ஹிஸ்டமின் எதிர் முகவங்களும் கொடுக்கப்படுகின்றன. அரிப்பெதிர் சாராயக் கரைசல்கள் மற்றும் கார்டிகோஸ்டீராய்டு கிரீம்களும், களிம்புகளும் பயன்படுத்தப்படுவது வெளிச் சிகிச்சையிலடங்கும்.

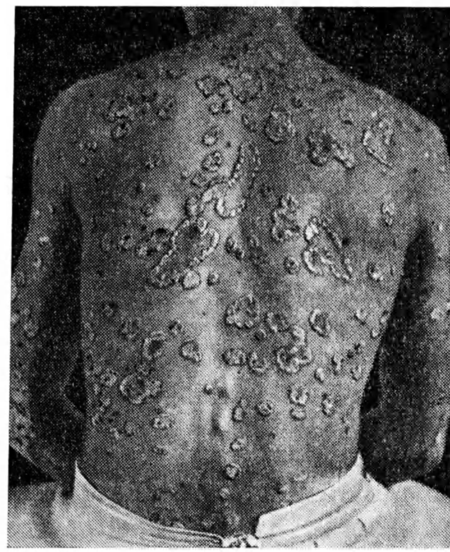
வயதுவந்தவர்களில் அரிப்பு. இந்நோய் பெரும்பாலும் ஸ்ட்ரோபுலஸ் போன்று குழந்தைப் பருவத்தில் தோன்றுகிறது. ஆனால் குழந்தையின் 3வது 4வது ஆண்டில், வயது வந்தவர்களின் அரிப்பினைப் போன்ற நோய் வடிவத்தை அது பெறுகிறது. உறுப்புக்களின் நீட்டிப்பரப்புகளின் மேல் பருக்கள் உண்டாகின்றன. அவற்றில் பலவும் குருதிப் பொடுகுகளால் மூடப்பட்டுள்ளன. பருக்களில் அரிப்பு கடுமையாக இருப்பதால், நோயாளிகள் இரத்தம் வெளிப்படும் வரை சொறிகிறார்கள். இதன் விளைவாக குருதி பொடுகுகளும், சிறிய தளும்புகளும் உண்டாகின்றன. தோல் நிறமித்து காய்ந்தும் போகிறது. நிணக்கணுக்கள் பெரிதாகின்றன. மோசமான நலம் பேணல் நிலைகளிலும், தாழ்ந்த வாழ்க்கைத் தரம் உள்ள குடும்பங்களின் குழந்தைகளுக்கும் அரிப்புநோய் முக்கியமாகத் தோன்றுகிறது. பருவம் வந்தவுடன் நோய் தீர்ந்து விடுகிறது. சோவியத் யூனியனில் இந்நோய் அரிதாகக் காணப்படுகிறது.

சிகிச்சை. ஒரு ஒழுங்கான நடைமுறை ஏற்படுத்தப்பட வேண்டும். தூக்கம் ஒழுங்காக இருத்தல் வேண்டும். நல்ல காற்றோட்டமுள்ள இடங்களில் அதிக நேரம் செலவழிக்க வேண்டும். உணவில் பால், மற்றும் காய்கறிகள், பழங்கள், வைட்டமின்கள் போதுமான அளவில் இருத்தல் வேண்டும். பொதுவான உடல் நலத்தை உறுதிப்படுத்தும் முகங்களைப்பயன்படுத்த வேண்டும். (இரும்புச்சத்து, பாஸ்வரம்) அரிப்பெதிர்தயாரிப்புகளை, நோயிடங்களில் பயன்படுத்த வேண்டும்.

செதிளுரிதோல் நோய் (சோரியாசிஸ்)

பரவலாக உள்ள சோரியாசிஸ் என்ற இச்செதிளுரிதோல் நோயின் காரணம் அறியப்படவில்லை. நோய் தோன்றுவதற்கான பல்வேறு ஊக்க கோட்பாடுகள் கூறப்பட்டுள்ளன. நரம்பு மண்டலம், மற்றும் வைரஸ், நாளமில்லாச் சுரப்பிகள், நோய் தொற்று, ஒவ்வாமை இன்னபிற.

சோரியாசிசில் தோன்றும் பொரிப்புகள் ஓரியல்பினதாகும். பருக்கள் கருஞ்சிவப்பு நிறமாக, ஒழுங்கான வட்டமான ஓரங்களைக் கொண்டு தட்டையாகவும், பல்வேறு அளவிலும் உள்ளன. அவைவெள்ளியைப் போன்றுவெண்மையான அடுக்குச் செதிள்களால்மூடப்பட்டு புறச் சுற்றாக வளர்ச்சி குறிப்பிடத் தக்கதாக, ஒன்றோடொன்றிணைகின்றன. செதிள்களைச் சுரண்டும் போது பருக்களின்பரப்பு, ''ஸ்டீரியரின் திட்டு'' போல உள்ளன. அதிகமாகச் சுரண்டுவதால், செதிள்களுக்கு அடியில் ஒரு ''சோரியாடிக் படலம்'' ஒன்றுவெளிப்படுகின்றன. இப்படலம் நீக்கப்பட்டவுடன்,பருவின் செம்பரப்பில் பனித்துளிகளைப் போல் நுண்ணிய இரத்தத் துளிகள்(ஊசி முனை குருதிக் கசிவு) தோன்றுகின்றன. இது செதிளுரி தோற்பருவின் குணவியல்பான அறிகுறியாகும். பருக்கள் ஒன்றிணைவதால், வெள்ளிச் செதிள்களால் மூடப்பட்ட செதிளுரி தோல் திட்டுக்கள்உண்டாகின்றன. (படம் 77) செதிளுரி தோல் நோய்ப் பொரிப்பு, தோற்பரப்பின் எந்த இடத்திலும் காணப்படக்கூடும். ஆனால், அது குறிப்பாக உறுப்புக்களின் நீட்டிப் பரப்புகளிலும், மண்டைத் தோலிலுமே தோன்றுகின்றன. மூட்டுகளும், நகங்களும் கூட பாதிக்கப்படக் கூடும். செதிளுரி தோல் நோயின் பல்வேறு நிலைகள் அறியப்பட்டுள்ளன. **அதிகமாகும் நிலை.** (அரிப்போடு, சிவப்பு விளிம்பு ஒன்றால் சூழப் பட்ட பல சிறு புதுப் பருக்கள் உள்ளன). **நிலைத்த நிலை** (புதுப் பொரிப்புகள் உண்டாவதில்லை. அரிப்பும் இருப்பதில்லை). **தணியும்**



படம் 77. சோரியாசிஸ் (செதிளுரி தோல் நோய்)

நிலை (பருக்கள் மறைந்து விடுகின்றன). சோரியாசிஸ் நோய் பல ஆண்டுகளுக்கு நீடிக்கின்றது.

சிகிச்சை. நோயின் நிலையைப் பொறுத்து வெளிச்சிகிச்சையும், உள்சிகிச்சையும் அமைகின்றன. தீவிரமாகும் நிலையில் சிகிச்சை மிகுந்த கவனத்துடன் அளிக்கப்பட வேண்டும். உணர்வு விளைவு தணிப்பு முகவங்களும் (கால்சியம் தயாரிப்புகள், வைட்டமின்கள் பி$_1$ மற்றும் பி$_{12}$ சோடியம் ஹைப்போசல்பேட் இன்னபிற) சாதாரண நோயின் சிகிச்சையும் அளிக்கப்படுகின்றன. தீவிரமடைந்த நிலையில் (உடல் முழுவதும் பரவிய நோய், மூட்டுப் பிணி, செந்தோல்) கார்டிகோஸ்டீராய்டுகள், மீதோடரக்சேட் போன்ற பிற புற்றணு அழிப்பு முகவங்கள் தரப்படுகின்றன. கொழுப்பு வளர்சிதை மாற்றக் கோளாறுகளுக்கு 0.25—0.5 கிராம் மெதியோனின் தினமும் 3—4 முறைகள், 0.3 கி. வைட்டமின் பி$_6$, மற்றும் 0.025—0.05 கிராம் வைட்டமின் பி$_{12}$ தினமும் மூன்று வேளை கொடுக்கப்படுகின்றன. டான்சில் அகற்றுதல் அல்லது குவார்ட்ஸ்—குழல் சிகிச்சையும் தரப்படுகின்றன. குழந்தைகளுக்கு காம்மா குளோபுலின் ஊசிகள் போடப்படுகின்றன.

நிலைத்த மற்றும் தணியும் நிலை நோய்களில், (மருத்துவரின் கட்டுப்பாட்டின் கீழ்) அமைனாபீடரின் மற்றும் 6—மெர்காப்டோப்யூரின் 0.05 கி, மாத்திரைகள் கொடுப்பது, தன் குருதிச் சிகிச்சை, ஆர்சனிக் தயாரிப்புகள் (ஏசியாடிக் மாத்திரைகள், ஃபௌலரின் கரைசல்) பைரோஜினால், புரோடிஜியோசன் ஊசிகள் கொடுப்பதும் சிகிச்சையிலடங்கும். 2% சலிசிலிக் களிம்புகளும், மற்றும் தார், இக்தம்மால், நாப்தலீன் பெட்ரோலேட்டம் ஆகியவை கொண்ட களிம்புகள், ரிபாகோவ் களிம்பு, சோரியாசின், ஆகியவற்றைப் பயன்படுத்துவது வெளிச்சிகிச்சையில் அடங்கும். கார்ட்டிகோஸ்டீராய்டு களிம்புகளும் (சினலார், அல்ட்ராலன், புளோட்சினார், இன்னபிற) பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

லைகன் பிளேனஸ்

இந்த நாட்பட்ட தோல் நோயின் குணவியல்பான அழற்சி காரணமில்லா பருக்களும் அரிப்பும் தோன்றுகின்றன. பல விஞ்ஞானிகள், இந்நோய் தோன்றுவதற்கு நரம்பு மண்டல இயக்கக் கோளாறுதான் காரணமெனக் கருதுகிறார்கள்.

தட்டையான பல கோணப்பருக்கள், தினையளவிலிருந்து அவரை விதையளவு அல்லது இன்னும் பெரிதாக கருஞ்சிவப்பு நிறத்தில் ஊதா நிற சாயலுடன் பொரிப்புகளாகத் தோன்றுகின்றன. பல பருக்கள் மையத்தில் குழிந்துள்ளன (படம் 78). பக்க ஒளிப் பாய்ச்சலின் போது, பருக்கள் மெழுகு போன்று பளிச்சிடுகின்றன. பொரிப்பு

களோடு கடுமையான அரிப்பும் உள்ளது. வழக்கமாகத் தோன்றுமிடங்கள்: முன்கைகளின் மடக்குப்பரப்பு, முன்கைப் பள்ளம், அக்குள், முழங்கால் பின்பள்ளம், மற்றும் காலின்முன் பரப்பு ஆகியவை.பருக்கள் ஒன்றிணைந்து திட்டுகளாகக் கூடும். பொரிப்பு பெரும்பாலும் வாயின் சிலேட்டுமப் படலத்திலும் பிறப்புறுப்புப் பகுதியிலும் காணப்படுகிறது. (சிறு வலை வடிவில் அமைந்துள்ள வெண்பருக்கள்).

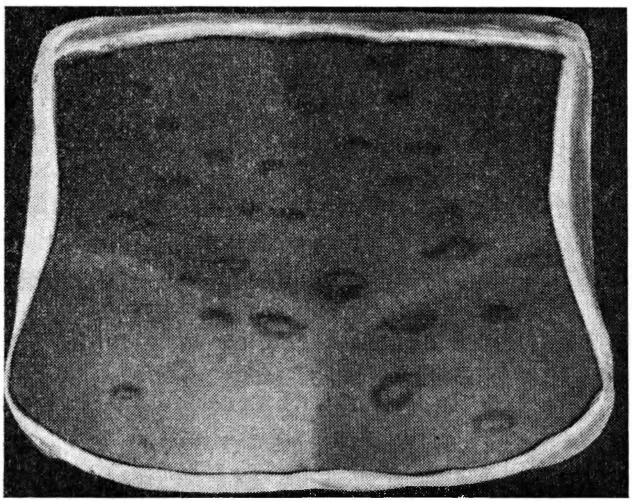


படம் 78. லைகன் ரூபர் பிளேனஸ்

சிகிச்சை. நிக்கோடினிக் அமிலம் (வாய் வழியாக அல்லது (சிரைமூலம்) புரோகைன் (தசையூசி) வைட்டமின் பி$_1$ (6% கரைசல்) புரோமைடு தயாரிப்புகள், டைபீனைல் ஹைட்ரமின் ஹைட்ரோகுளோரைடு, டையசோலின், டிரையாக்ச்சின், டையசிபாம் (செட்யூக்சன்) ஆகியவை நோயின் தீவிர நிலையின் போது கொடுக்கப்படுகின்றன. பெனிசிலின் (2.00.000 அலகுகளில் தினமும் இரண்டு தடவை), விரிதிறன் எதிர் உயிர் மருந்துகள் (டெட்ராசைக்கிளின், ஆக்ஸிடெட்ராசைக்கிளின், மெட்டசைக்ளின், 1.00.000—2.00.000 அலகுகள் தினமும் 3—4 முறைகள்) 10—14 நாட்களுக்குச் செலுத்தப் படுவதால் பலன் உண்டாகிறது. மயக்குதுயில் சிகிச்சையும், (மனோவசியம்) மறை முக அறிவுரைசிகிச்சையும் கூட பலன் தருகின்றன. களிம்புகள் (கார்டிகோஸ்டீராய்டு உட்பட்ட பல) பசைகள், 5—10% அனஸ்தசின் கரைசல்கள், 1—2% மென்தால் அல்லது கார்பாலிக் அமிலம் போன்றவை வெளிச் சிகிச்சைக்குப் பயன்படுத்தப் படுகின்றன. நிலைத்தகட்டத்தில், ஆர்சனிக் மற்றும் இரும்பு தயாரிப்புகள், வைட்டமின் ''ஏ'' செறிவு, வைட்டமின் ''பி'' காம்ப்ளெகஸ், அஸ்கார்பிக் அமிலம், ரூட்டின், மைடோகாம் ஆகியவை கொடுக்கப்படுகின்றன. புகுந்துபரவு திட்டுகளுக்கு, ஊடு கதிர் சிகிச்சையளிக்கப்படுகிறது. நோய் தீராத நிலை கொண்ட போது, நலவழிப்புகலிடங்களில் சிகிச்சையளிக்க பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. சோவியத் யூனியனிலுள்ள சோசிமட்செஸ்டா, பியாடிகோர்ஸ்க் போன்ற இடங்கள்.

பிட்டிரியாசிஸ் ரோசியா

இந்த நோய்க்கான காரணம் இன்னும் தெரியவில்லை. இளஞ்சிவப்பு செதிள் திட்டுகளாகப் பொரிப்புகள் தோன்றுவது இந்நோயின் குணவியல்பாகும். மார்பின் வெளி மற்றும் முன்பரப்புகளிலும், முதுகிலும் , சில சமயங்கள் கழுத்திலும், கைகளிலும், தோலின் கோடுகளுக்கிணையாக, நீள்வடிவ இளஞ்சிவப்பு மற்றும் சிவப்புத்



படம் 79. பிட்டிரியாசிஸ் ரோசியா

திட்டுகள் தோன்றுகின்றன (படம் 79) மற்றெல்லாவற்றிற்கும் முன்பாகத் தோன்றும் ஒரு பெரிய திட்டுக்கு முதன்மைத் திட்டு அல்லது முன்னறிவிப்புத் திட்டு எனப் பெயராகும். திட்டுகளின் மையப் பகுதி மஞ்சள் நிறமாக சிறு செதிள்களால் மூடப்பட்டு சுருக்கமற்ற திசுத்தாளைப் போன்று தோன்றுகிறது. அப்படிப்பட்ட திட்டுகளுக்கு ''பதக்கங்கள்'' எனப்பெயர். நோயாளிகள் அரிப்புள்ளதெனக் குறை கூறுகிறார்கள். இரண்டு முதல் நான்கு வாரங்களில் திட்டுக்கள் வெளிறி, அரிப்பு குறைந்து நோய் துவங்கி, இரண்டு முதல் எட்டு வாரக்காலங்களில், நோயாளி குணமடைகிறார். இலையுதிர் காலத்திலும், இளவேனிற்காலத்திலும் இந்நோய் காணப்படுகிறது.

சிகிச்சை. பாதிக்கப்பட்ட இடங்களை சோப்பும், தண்ணீரும் கொண்டு கழுவ நோயாளிகளை அனுமதிக்கக் கூடாது. சாதாரண குலுக்கு லோஷன்களும், பசைகளும் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. நாளில் மும்முறை வாய் வழியாக 0.5 கிராம் அளவில் கால்சியம்

பேண்டோதெனேட் எடுத்துக் கொள்வது, நல்ல பலனைத்தந்து நோய் நிலையைத் தணிக்கக்கூடும்.

பெருங்கொப்புள, சிறு கொப்புளத் தோற்பிணிகள்

சிறு அக்கி (ஹெர்பீஸ் சிம்ப்ளெக்ஸ்) மற்றும் பெரும் அக்கி (ஹெர்பீஸ் சாஸ்டர்) அக்கியுரு தோலழற்சி (டுங்ரிங் நோய்) கீழ் கொப்புள நோய்கள் (பெம்பிகஸ்) ஆகியவை பெருங்கொப்புள தோற்பிணிகளில் மிக அதிகமாகக் காணப்படுபவையாகும்.

சாதாரண (சிறு) அக்கி (ஹெர்பீஸ் சிம்ப்ளெக்ஸ்). உடலில் வழக்கமாக இயக்க மற்ற நிலையில் உள்ள, வடிசெல்வைரஸ் ஒன்றால் இந் நோய் உண்டாக்கப்படுகிறது. நீர்க் கோப்பு, நச்சுப்பிணி, இரைப் பைக் குடற் கோளாறுகள், வைரஸைச் செயற்படத் தூண்டுகின்றன. உதடுகள் மற்றும் நாசித்துளைகளின் ஓரங்கள், வாய், பிறப் புறுப்புக்கள் ஆகிய பகுதிகளில் பொரிப்புகள் பொதுவாகக் காணப் படுகின்றன. இயல்பாயுள்ள அல்லது சிறிது குருதி மிகுந்துள்ளஅல்லது வீங்கியுள்ள தோல் அல்லது சிலேட்டுமப்படலத்தால் ஒரு தொகுப் பாக தினையளவு நீர்க் கொப்புளங்கள் தோன்றுகின்றன. நீர்க் கொப் புளங்களில், தெளிவான நீர் நிறைந்துள்ளதோடு, அரிப்புணர்வும், எரிச்சலுணர்வும் கூட உள்ளன. சில நாட்களில் அவை வெடித்து அவற்றினிடத்தில் நுண்ணிய பொடுகுகளால் மூடப்பட்ட அரிப்புக் கீற்றுகள் தோன்றுகின்றன. நாட்பட்ட, மீண்டும் மீண்டும் வரும் சிறு அக்கி, வழக்கமாக பிறப்புறுப்புக்களிலும், உதடுகளிலும் தோன்றி நோயாளியை தொல்லைப்படுத்துகிறது.

சிகிச்சை. போரிக் அமிலம் 3%ம், தார் 2%ம், காஸ்டெல்லினி பூச்சும் கொண்ட அனில் சாயங்கள் சிறு அக்கிக் குவியங்கள் மீது பூசப்படுகின்றன. நாட்பட்ட திரும்ப வரும் அக்கியில், பெரியம்மைத் தடுப்பூசியை வழக்கமான முறையில் மூன்று அல்லது நான்கு முறை செலுத்துவதால் பலன் ஏற்படுகிறது. தடுப்பூசி பிரதிவினை நேர்ம றையாக இருப்பின், விளைவாற்றல் அதிகமாயுள்ளது. ஒன்று விட்டு ஒரு நாள் சரும இடை ஊசியாக 0.2, 0.3, 0.5, 1 மி.லி. என்ற அலகில் காம்மாகுளோபுலின், ஸ்டாபிலோகாக்கசு வாக்சின் ஆகிய வை செலுத்தப்படுகின்றன. டி.டி. எஸ் தயாரிப்பு, தினமும் இரண்டு வேளை 0.005—0.01 கி. அளவில் (மூன்று நாட்கள் இடைவெளி யில் ஒன்று அல்லது இரண்டு 5 நாட்கள் ஊசிப் போடப்படுகின்றன) கொடுக்கப்படுகிறது. லோஷன் அல்லது பசை (சம அளவு இண்டர் பெரானும், போஷாக்கு கிரீமும்) வடிவில் உள்ள இண்டர்பெரான் உம், பயன்படுத்துவதும், 0.25% பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கரைசல் கொண்ட தலக் குளியலும், வெளிச் சிகிச்சையாக அமை கின்றன.

பெரும் அக்கி. (ஹெர்பீஸ் சாஸ்டர்) நரம்பு வளப்ப வடிசெல் வைர சால், இந்நோய் உண்டாகிறது. ஏதோ ஒரு நரம்பின் போக்கென ஒட்டி பெரு அக்கியின் நீர்க் கொப்புளங்கள் அமைந்துள்ளன. அவை கொத்து கொத்தாக அமையக்கூடும். மேலும் பெரும்பாலும் ஒரு முழுமையற்ற வளையம் போன்ற பாங்குடன் (கிரேக்க மொழியில் சாஸ்டர் என்றால் வளையம் என்று பொருள்) அமைந்துள்ளதால் தான் இந்நோயை ''வளைய அக்கி'' எனவும் அழைக்கின்றனர். நீர் கொப்புளங்களும், பெரு நீர் கொப்புளங்களும் சீழ் கொண்ட அல் லது குருதிக் கசிவுத் தன்மையை பெரும்பாலும் அடைகின்றன. இத் துடன் கடுமையான வலியும், பொது உடல் துன்பமும் ஏற்படுகின் றன. இந்நோய் வழக்கமாக இள வேனிற் காலத்திலும், இலை யுதிர் காலத்திலும் தோன்றுகின்றன.

சிகிச்சை. வளைய அக்கி கொண்டவர்கள், நீர் சொரிதலையோ, குளியலையோ மேற்கொள்ளக்கூடாது. ஆரோக்கியமான தோற்பகு திகள், போரிக் அமிலம் கொண்டு துடைக்கப்படுகின்றன. பொரிப்பு கள் முனைப்பாயுள்ள போது, சாதாரண தூவு பொடிகள் பயன்படுத் தப்படுகின்றன. சோடியம் சலிசிலேட் மற்றும் ஹிஸ்டமின் எதிர்ப்பு மருந்துகள் வாய் வழியாகக் கொடுக்கப்படுகின்றன. மேலும், நரம்பு வலியிலிருந்து விடுவிக்க, தினமும் மும்முறை 0.25கி. அலகில் அனால் ஜின் மற்றும் அமைடோபைரின் கொடுக்கப்படுகின்றன.

தீவிர அறிகுறிகள் தணிந்த பிறகு, புற ஊதாக் கதிர் வீச்சம், சுயகுருதி சிகிச்சையும் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. வைட்டமின் பி$_{12}$ (ஒன்று விட்டு ஒரு நாள் 400—500 மைக்ரோகிராம்) மற்றும் பி$_{1}$ (தினமும் 50 மி.கி.) ஆகியவை, மொத்தம் 20 ஊசிகள் போடப் படுகின்றன. அழுகிய அல்லது உடல் முழுவதும் பரந்த வகைகளுக்கு எதிர் உயிர் சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. வெளிச் சிகிச்சையாக, அனிலின் சாயங்கள் மற்றும் இண்டர்பரான் களைசல் லோஷன், கஸ்டல்லானியின் பூச்சு ஆகியவை பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

அக்கியுரு தோலழற்சி (டூரிங்க் வியாதி). இந்நோய் தோன்றும் கார ணம் அறியப் படவில்லை. பல விஞ்ஞானிகள் இந்நோய்க்கு ஒரு நுண் வைரஸ் தான் காரணமெனக் கருதுகிறார்கள். இந்நோய், வயது வந்தவர்களில் தான் பெரும்பாலும் காணப் படுகிறது. பொரிப்பு, பலவியல்பானதாகும். (தேமல்கள், பருக்கள், தடிப்பு கள், நீர் கொப்புளங்கள், சில போது சீழ்க் கொப்புளங்கள்) அவை இரு புறச் சீரமைவில் இருக்கக்கூடும். கடுமையான அரிப்பு உண்டா கிறது. நோய் திரும்புதல் அடிக்கடி நிகழ்கிறது. நோய் மாற்றங்கள், திடீர் தாக்குதல்களாக, கொத்துக்களாக உண்டாகின்றன. அவை மானல்கள் மற்றும் வில்வளைவுகள், வளையங்கள் வடிவில் அமை கின்றன. அவை மறையும்போது மிகுதியாக நிறமித்த பரப்புகளை விட்டுச் செல்கின்றன.

நோய்த் தோற்றம், நோய் கணிப்புக்கு உதவுகிறது. மாதிரியான அறிகுறிகள் வருமாறு: கடுமையான அரிப்பு, கொப்புளங்களின் திரவத்திலும், இரத்தத்திலும் இயோகினோபில் செல்கள் 40—50% இருப்பது, நேர் மறையான அயோடின் பரிசோதனை, (50% பொட்டாசியம் அயோடைட் கொண்ட களிம்பை முன்கை தோலில்தடவிய 24 மணி நேரங்களில் புதிய பொரிப்புகள் உண்டாகின்றன. 5—10% பொட்டாசிய அயோடைடை, வாய் வழியாக எடுத்துக் கொண்டாலும் இதே விளைவு தோன்றுகிறது.)

5 முதல் பல ஆண்டுகளுக்கும் மேற்பட்ட நிலையான போக்கை, நோய் கொண்டுள்ளது. வாழ்க்கை பற்றிய முன்கணிப்பு சாதகமாகவே இருக்கிறது.

சிகிச்சை. பெருந்தடிப்புகளை, தொற்றற்ற கத்திரி கொண்டு வெட்டி எடுக்க வேண்டும். சீழையும், பொடுகுள்ள மேற்தோலையும் காரைத்துணி குச்சி கொண்டு நீக்க வேண்டும். அரிப்புகளில் டால்கம் பவுடரைத் தூவ வேண்டும். சிறிய நீர் கொப்புளங்களை காஸ்டெல்லானி பூச்சு கொண்டு பூச வேண்டும். வாய் வழி மருந்துகளாவன: டி.டி.எஸ். 0.005கி. அலகில் தினமும் இரு முறையாக 4—8 வாரங்களுக்கும், ரிசார்சின் (0.25கி. அலகில் தினமும்மூன்று வேளையாக பத்து நாட்கள்). 5 நாட்கள் இடைவெளி கழித்து அதே சிகிச்சை திரும்பவும் கொடுக்கப்படுகிறது. இவ்வாறு 4—5 வாரங்களுக்கு முழு சிகிச்சை நடைபெறுகிறது. சல்பனிலமைடுகளும் கொடுக்கப்படலாம். வைட்டமின் $பி_{12}$, 0.05 கிராம் அலகில் தினமும் மூன்று வேளையாக 4—8 வாரங்களுக்குக் கொடுக்கப்படுகிறது. தீவிரமான நிலைகளில் ஸ்டீராய் ஹார்மோன்கள் குறைந்த அளவில் கொடுக்கப்படுகின்றன. சீழ் கொண்டுள்ள போது, எதிர் உயிர் மருந்துகள் கொடுக்கப்படுகின்றன.

பெம்ஃபிக்ஸ் வல்காரிஸ் (சீழ் கொப்புள நோய்). தீவிரமான நாட்பட்ட இந்த நோய், கார்ட்டி கோஸ்டீராய்டு ஹார்மோன் பயன்படுத்தப் படுவதற்கு முன்பு, மரணத்திலேயே முடிவதுண்டு. இப்போதெல்லாம் கார்ட்டிரீகோஸ்டீராய்டுகளின் உதவியால், பெம்பிக்ஸ் நோயாளிகள் பலரைக் காப்பாற்ற முடிகிறது.

இந்நோயின் காரணம் முழுமையாக உறுதியாக இன்னும் அறியப் படவில்லை. நோயின் தோற்றம் பற்றிய ஊகக் கொள்கைகளாக, வைரஸ்கள், மற்றும் நரம்பு மண்டலம், வளர்சிதை மாற்றம் போன்றவை குறிப்பிடுகின்றன.

இந்த நோயில், தெளிவான மஞ்சள் நிற பெரிய நீர் கொப்புளங்கள் விரைவாக நன்றாகவுள்ள தோல், மற்றும் சிலேட்டுமப் படலங்களில் தோன்றுகின்றன. இவை முதலில், வாய், மற்றும் தொண்டை, மூக்கு ஆகியவற்றின் சிலேட்டுமப் படலத்திலும், பின்னர் தோலிலும் தோன்றுகின்றன. பெரும் நீர்க் கொப்புளங்கள் விரை

வில் தொளதொளப்பாகி, அவற்றின் உள்ளுள்ளவை பொடுகுகளாக மாறுகின்றன, அல்லது பெரும்பாலும் நீர்க் கொப்புளங்கள் வெடித்து அரிப்புக் கீற்றுகள் தோன்றுகின்றன. சிகிச்சை எதுவும் அளிக்கப் படாவிடில் பெரு நீர் கொப்புளங்களின் பொரிப்புகள் தொடர்வ தோடு, புதிய அரிப்புக் கீற்றுகள் தோன்றி, நோயாளி உண்ண முயலும் போது மிகுந்த வலி தோன்றுகிறது. இந்நோயாளிகளின் வாயிலிருந்து அருவருப்பான காளான் நாற்றம் வருகிறது. பொது வான உடல் நிலையும் மோசமாக உள்ளது.

நோயைக் கணித்து உறுதி செய்வதில் மிகவும் முக்கியமானது நேர்மறைநிக்கோலஸ்கி அறிகுறியும், (நீர்க்கொப்புளங்களுக்கு அரு கிலுள்ள, அவற்றிலிருந்து அப்பாலுள்ள இடத்திலும், கூட, மேற் தோல் எளிதில் உரிக்கப்படுகிறது) பதிவுப் பூச்சுகளில் (பெரும் உட் கருக்களைக் கொண்ட) அகேன்தோலைட்டிக் அணுக்களைக் கண்டு பிடிப்பதுமாகும்.

சிகிச்சை. வெடிக்காத பெருநீர்க் கொப்புளங்களை தொற்றறு ஊசி கொண்டு துளைத்து அவற்றில் உள்ளவற்றை தொற்றறுவலைத் துணி அல்லது பஞ்சு கொண்டு வெளியேற்ற வேண்டும். பொடுகு களை அகற்ற சூரிய காந்தி விதை எண்ணெய் கொண்டு கட்டுகள் போடப்பட வேண்டும் சீரோபார்ம், பிரிட்னிசோலான் அல்லது 1% ஹீலியோமைசீன் களிம்பு, ஆகியவற்றை அரிப்புக்கீற்றுகளின் மேல் தடவலாம்.

கார்ட்டிகோஸ்டீராய்டு ஹார்மோன்களைக் கொண்டு சிகிச்சை அளிப்பது பொதுச் சிகிச்சையில் முக்கியமான முறையாகும். துவக் கத்தில் உச்ச அளவுகளைக் பயன்படுத்த வேண்டும். (பிரிட்னிசோ லான் 60—120 மி.கி., டெக்ஸாமிதோசோன் 6—10 மி.கி. டிரயம் சினலோன் 20—60 மி.கி.). பின்னர் ஸ்டீராயடின் அலகைப் படிப்படி யாகக் குறைத்து குறைந்த அலகு வரும் போது, புதிதான பொரிப் புகள் எதுவும் தோன்றுவதில்லை. (நிலை காப்பு சிகிச்சை). அறிகு றிச் சிகிச்சையும் (இருதய ஊக்கிகள், நச்சகற்றுமுறைகள், வைட்ட மின்கள்) மிகவும் முக்கியமானது. நச்சுப் பிணியிலிருந்து விடுவிக்க (செந்தோற்பிணி மற்றும் நச்சுத் தோற்பிணி) இயங்கியல் உப்புக் கரைசலை, சிரை மூலம் உட்செலுத்தல் அவசியம். துவக்கத்தில் 10 மி.லி. செலுத்தப்படுகிறது. தமனி அழுத்தம் மிகையாக இருந் தால், சிரை மூலம் உட் செலுத்தல் தவிர்க்கப்பட வேண்டும்.

உணவில் புரதங்கள், காய்கறிகள், பழங்கள், வைட்டமின்கள் நிறைந்திருக்க வேண்டும்.

தோற்சுரப்பிகளின் நோய்கள்

செபொரியா என்பது எண்ணெய் சுரப்பிகளின் சுரப்பு அதிக மாகிற அல்லது குறைகிற நிலையாகும். இத்துடன் சீயம் அல்லது

எண்ணெய் சுரப்பியின் இயற்பியல் மற்றும் வேதியியக் கூட்டுத் தன்மை ஆகியவற்றில் மாறுதல்கள் ஏற்படுகின்றன. வழக்கமாக பருவமடையும் காலத்தில் நாளமில்லாச் சுரப்பிகளின் குறிப்பாக பாலினச் சுரப்பிகளின் இயக்கக் கோளாறு காரணமாக செபோரியா, பொதுவாகத் தோன்றுகிறது.

செபோரியா அடிப்போசா (ஒலியோசா), கடின செப்போரியா (செபோரியா சிக்கா) என இரு வகைகள் அறியப்படுகின்றன.

செபோரியா அடிப்போசாவில், சருமம் எண்ணெய் வடியும் நிலையும், கரடுமுரடாகவும், சொரசொரப்பாகவும், நுண்துளை உள்ளதான நிலையும் உண்டாகிறது. செபோரியா தோன்றும் இடங்களாவன: மண்டைத்தோல், மூக்கு, நெற்றியின் நடுப்பகுதி, கன்னங்கள், தாடை, முடுகு, மார்பு நடுப்பகுதி முதலியன. கடின செபோரியாவில் தோலை வன் திசுவாக்கும் நிலையில் தடை ஏற்படுகிறது. தவிட்டுச் செதிள்கள் (பொடுகு) அரிப்புடன் (தலையில்) தோன்றுவதால் தூசும், அழுக்கும் மயிர்க்கால்களின் விரிவடைந்த திறப்புக்குள் நுழைந்து எண்ணெய் சுரப்புகளுடன் கலந்து கரும்புள்ளிகளை (காமிடோன்) உண்டாக்குகின்றன. மண்டைத் தோலில் செபோரியா உண்டாவதால் ஆண்களில் வழுக்கையும், பெண்களில் தலை முடிக் குறைவும் ஏற்படுகிறது.

சிகிச்சை. ஒரு ஒழுங்கான நடைமுறை ஏற்படுத்தப்படுவதோடு, உடனுள்ள எல்லா நோய்களுக்கும் சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும். தூய்மைப்படுத்தப்பட்ட கந்தகத் தயாரிப்புகளும் (0.5 கி. அலகில் தினமும் மும்முறையாக 4 வாரங்களுக்கு) இரும்புச் சத்து தயாரிப்புகளும், வைட்டமின் பி$_{12}$ வைட்டமின் ஏ, ஆகியவையும் வாய் வழியாகக் கொடுக்கப்படுகிறன. வெளிச்சிகிச்சைக்கு கந்தகம் (3—5%) ரிசார்சினால் (1—2%) கற்பூர (2.5%) சலிசிலிக் அமிலம் (1—2%) ஆகியவை கொண்ட களிம்புகளும் சாராயக் கரைசல்களும் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

அக்னிவல்காரிஸ் (முகப்பரு). இது தோலின் சீபச் சுரப்பிகளின் சீழ் கொண்ட அழற்சியாகும். செபோரியா நோய் உள்ளவர்களில் 14—22 வயதுக்குள் அக்னி (முகப்பரு) தோன்றுகிறது. தோல் தசைகளில் இறுக்கம் குறைவதால், சுரப்பி சரியாக காலியாக்கப்படாமல், மயிர்க்கால்களை சீபம் அடைத்துக் கொள்கிறது. தூசு, அழுக்கு, ஆகியவற்றின் காரணமாக காமிடோன்களான கரும்புள்ளிகள் தோன்றி அதே நேரத்தில் ஸ்டேபிலோகாக்கசு நோய் கிருமி தாக்கலும் ஏற்படுவதால் சீபச் சுரப்பிகள் மற்றும் அவற்றைச் சூழ்ந்த திசுக்களில் அழற்சி தோன்றுகிறது. பரு பொதுவாக முகம் மற்றும் மார்பு, முதுகு ஆகியவற்றில் தோன்றுகிறது. சீழ் கொப்புளங்கள் முனை கொண்டு பட்டாணி அளவுக்கு வளரக் கூடும், அவை நீலக் கருஞ்சிவப்புப்

புள்ளிகளை அந்த இடங்களில் விட்டுவிட்டு மறைகின்றன. ஆழப் பருக்கள் தழும்புகளாக மாறுகின்றன.

சிகிச்சை. செபோரியாவுக்கான சிகிச்சையோடு, சீழ் தோற்பிணி தோன்றுவதைத் தடுப்பதற்கான முறைகளும் சேர்த்துக் கொள்ளப் பட வேண்டும். அவையாவன: ஏமமளிப்பு சிகிச்சை, எதிர் உயிர் மருந்துகள், வைட்டமின்கள், பாலின ஹார்மோன்கள், (சைனெஸ் டிரால் எனப்படும் ஹெக்செஸ்டிராடல, ஃபாலிக்குலின் எனப்படும் எஸ்ட்ரோன்) ஆகியவை.

தோலின் கொடும் புற்றுக் கட்டிகள்

மேலணுப் படல அணுக்களில் இருந்து எழும் தோல் புற்று நோயும் (மேற்றொலிப் புற்று) மிகக் குறைவான சமயங்களில், நிற மித்த அணுக்களில் இருந்து தோல் புற்று நோயான கருநிறமிப்புற் றும் காணப்படுகின்றன.

மேற்றொலிப் புற்று பெரும்பாலும், தோலின் முன்புற்றுநிலையி லிருந்து தோன்றுகிறது. (உதாரணமாக தோல் வன்மையாதலில் ஏற்படும் எல்லை யிடப்பட்ட கோளாறுகள்) தொடர்ந்தயாந்திரிக உறுத்தல், கதிரியக்க ஆற்றல் விளைவு, ஊடுகதிர்கள் போன்றவை புற்று நோய் தோன்ற துணை செய்கின்றன. அடித்தள அணுப்புற் றும், செதிளணுப்புற்றும், தோலில் காணப்படுகின்றன.



படம் 80. அடித்தள அனு எபிதீலியோமா

அடித்தள அணுப்புற்று (எபிதீலியோமா). இது ஒன்று அல்லது பல சிறிய வலியற்ற பருக்களாக முத்துச் சிப்பி வடிவில் நாசி, மற்றும் கண்ணிமைகள், நெற்றி, மற்றும் சில போது, தோலின் மற்ற பகுதிகளில் தோன்றுகின்றன. மெதுவாக பருக்கள் ஒன்றிணைந்து மையத்தில் ஒரு புண் தோன்றுகிறது. அதன் தளம் பளபளப்பாக்கப்பட்ட தைப் போல் மழமழப்பாகவும், பொ டுகால், மூடப் பட்டுள்ளது. புண் ணைச் சுற்றி பருவின் தடித்த ஓரம் உள்ளது. (படம் 80) அடித்தள அணு எபிதீலியோமா (மேற்றொலிப் புற்று) மெதுவாக வளர்கிறது. ஓரளவு கொ டுமையற்ற இப்புற்று, வழக்கமாக, வேற்றிடப்புற்றுகளை உண்ட டாக்கு வதில்லை.

செதிள் (முள்) அணுப்புற்று. இது கீழுதடு, மற்றும் பிறப்புறுப்புக் கள், இயற்கைத் துளைகளைச் சுற்றியுள்ள பகுதிகள் ஆகியவற்றில்

தோன்றுகிறது. மிகவும் வேகமான, கொடிதான வளர்ச்சி, இதன் குணவியல்பாகும். சிலேட்டுமப் படலத்திலுள்ள பருக்கள் அல்லது கரணையான காம்புருவளர்ச்சிகள், சில மாதங்களில் புண்களாக உருவாகின்றன. புண்ணின் ஓரங்கள் வெளித் திரும்பியும், தடிப்ப டைந்தும் குருதிக் கசிவுடனும் காணப்படுகின்றன. வன்மையான குவியங்கள் (முத்துப் பரல்கள்) சில சமயங்களின் புண்ணின் தளத் தில் காணப்படுகின்றன. புண் வேகமாக வளர்ந்து பெரும் பரப்புத் திசுக்களை அழித்து (மூக்கு, மேலுதடு) அடுத்துள்ள நிண முடிச்சுகளையும் பாதிக்கிறது. (அயலிடப்புற்றுகள்) தீவிரமான சிகிச்சை அளிக்கப்படாவிடில் 12—18 மாதங்களில் மரணம் உண் டாகிறது.

சிகிச்சை. அடித்தள அணுப்புற்றை, அறுவை சிகிச்சை மூலம் நீக்க லாம், அல்லது ஊடுகதிர்கள், கதிரியக்க ஐசோடோப்புகள், கார்டூ லின் கரைசலை உட்செலுத்தல் ஆகியவை சிகிசசையாக அமைகின் றன. சிறு மேற்தோல் புற்றுகளை குளிர் சிகிச்சையின் மூலம் அகற்ற லாம், அல்லது வெப்பமூட்டு அறுவை மூலம் நீக்கலாம். செதிளணு மேற்றொலிப்புற்றுகளுக்கு, புற்று நோயியல் சிகிச்சை நிலையங் களில் சிகிச்சை அளிக்கப் படுகிறது.

கருநிறமிப்புற்று (மெலனோமா). தூண்டப்பட்ட ஒரு மச்சத்திலி ருந்து (வெட்டியெடுத்தல் அல்லது சுட்டெரித்தல்) பெரும்பாலும் இது தோன்றுகிறது. நிறமித்த புள்ளி, வளரத்துவங்கி, இரத்தம் கசிந்து புண்ணாகி, அதனைச் சுற்றிலும் ஒரு சிவப்பு விளிம்பு உண் டாகிறது. விரைவில் உள்ளுறுப்புக்களில் அயலிடப்புற்று தோன்றி மரணம் நிகழ்கிறது.

சிகிச்சை. புற்று நோய் சிகிச்சை நிலையங்களில் அறுவை மருத்து வர்களும், ஊடுகதிர் சிகிச்சை நிபுணர்களும், கருநிறமிப்புற்று (மெல னோமா) நோயாளிகளுக்கு சிகிச்சை அளிக்கிறார்கள்.

தோல்புற்று நோயை உரிய காலத்தில் நோய் நிர்ணயம் செய்வது மிகவும் அவசியமாகும்.

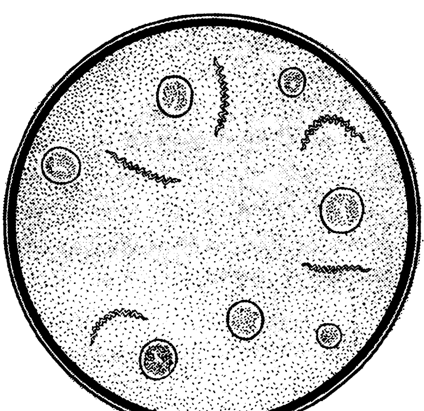
தோல்புற்று நோய்களை தடுத்தல். முன்புற்று நிலைகளுக்கு முன் கூட்டிய முறையான சிகிச்சையும், மக்கட் தொகை முழுமைக்கு மான மருத்துவப் பரிசோதனையும், விரிவாக நலவழிக்கல்வி அளிப் பதும் இதில் அடங்கும்.

பால்விளை நோய்கள
(வெனிரியல் நோய்கள்)

பெரும்பாலும் பால்விளை நோய்கள், (காதற்கடவுள் வீனஸ் என்பதால் வெனிரியம்) பாலினப் புணர்ச்சி மூலம் பரப்பப்படுகின்றன. இத் தொகுப்பில் மேகநோய், மற்றும் வெட்டை நோய், மெதுபுண், (வேன்க்ராய்டு) நான்காவது பால் விளை நோய் என அறியப்படும் நோய் நிலை ஆகியவை அடங்கும். இறுதி இரண்டு நோய்களும் சோவியத் யூனியனில் ஒழிக்கப்பட்டு விட்டன.

மேகநோய் (கிரந்தி நோய்)

கிரந்தி நோய் என்பது டிரிப்பனீமா பேல்லிடம் எனப்படும் சுருள் நுண்ணுயிரால் (ஸ்பைரோகிட்) ஏற்படும் நாட்பட்ட தொற்று நோயாகும். இந்நோயில் மனித உடலின் எல்லா உறுப்புகளும் திசுக் களும், தோல், சிலேட்டுமப் படலம், உள்ளுறுப்புக்கள், நரம்பு மண்டலம் ஆகியவை பாதிக்கப் படுகின்றன. 1905—ம் ஆண்டில் கண்டுபிடிக்கப்பட்ட இந்த நுண் ணுயிர், டிரிப்னீமாபெல்லிடம் என அழைக்கப்படக் காரணம் என்ன வெனில், சாயங்களால், அது நிறமடைவதில்லை. (லத் தீன் மொழியில் பேல்லிடம் என் றால் வெளிறியஎனப் பொருள்) மேலும் அது உயிருள்ள நிலையில் இருட்கள நுண்ணோக்கி கொண்டு ஆராயப்படுகிறது. மேக நோய் சுருள் நுண்ணுயிர் என் பது 8 முதல் 14 ஒழுங்கமைந்த சுருள்களைக் கொண்டமெல் லிழையாகும். (படம் 81) மனித உடலுக்கு வெளியே, உலர்த்



படம் 81. டிரிப்பனீமா பல்லிடம் நுண்ணுயிர் (இருட்கள நுண் ணோக்கியில் காணும்போது)

தல் மற்றும் 60° செ.க்கு சூடாக்கல், தொற்று நீக்கிகள், சோப்பு ஆகியவற்றால் இந்த நுண்ணுயிர் விரைவில் கொல்லப்படுகிறது. ஆனால் ஈரக் கசிவு ஊடுப் பொருளிலும், குறை வெப்ப நிலையிலும், அது மிகுந்த தடுப்பாற்றலைக் கொண்டுள்ளது. சேமிக்கப்பட்ட இரத்தத்தில் அவை மூன்று முதல் ஐந்து நாட்களுக்கு உயிருடன் இருக்கின்றன. இதனால் இரத்த தானம் செய்பவர்களை (கொடையாளர்கள்) மேக நோய் உள்ளவர்களா என கவனமாகப் பரிசோதிக்க வேண்டியது அவசியமாகும்.

டி. பேல்லிடத்தின் சுருள் வடிவங்களைத் தவிர உருளைவடிவங்களும் (நீர்பைகள்—வடிவங்கள்) இருக்கக்கூடும். நுண்ணுயிர், தன்னுயிரைக் காப்பதற்காக, சாதக மற்ற சூழ்நிலைகளில் இவ்வடிவ மாற்றத்தினைப் பெறக் கூடும். டி. பேல்லிடம் சுருள் வடிவங்களைத் திரும்பவும், பெற, காயங்கள் (அதன் பரந்த அர்த்தத்தில்) துணை புரிவதால், மேக நோய் தொற்றின் நோய் நிலை தீவிரமடைவதில் முடிகிறது. உடல், மற்றும் மனம், மருந்துகளால் ஏற்படும் ஊறுகள் தவிர தீவிரமான திடீர் நோய்கள், நாட்பட்ட நோய்த்தொற்றுகள், நச்சுப் பிணிகள் ஆகியவையும் சுருள் வடிவங்களை திரும்பிப் பெறத் துணை செய்கின்றன.

மேகநோய் தொற்றும் பாதைகள். நோயின் முனைப்பான், தொற்றவல்ல வெளியீடுகளைக் கொண்ட நோயாளி தான், ஆரோக்கியமான ஒருவரில் நோய் தொற்ற மூல காரணமாகும். டி. பேல்லிடம் தன்னுட் கொண்ட பொருளுடன் காயமடைந்த தோல் அல்லது சிலேட்டுமப் படலம் தொடர்பு கொண்டால், மேக நோய் ஏற்படக் கூடும். சேதமடையாத தோல் அல்லது சிலேட்டுமப்படலத்தை துளைத்து நுண்ணுயிரால் உட் செல்ல முடியாது. ஆனால் அவற்றில் எற்படும் மிக நுண்ணிய இடை வெளிகளில் அது நுழைந்து விடுகிறது.

பிரதானமாக, பாலினப்புணர்ச்சியின் போதும், முத்தமிடுவதாலும், மேக நோய் கொண்ட மற்றொருவருடைய குழந்தைக்கு முலைப் பால் கொடுக்கும்போதும் மேக நோய் பரவுகிறது. பிறப்புறுப்பு தவிர்த்து வேறுவழி நோய் தொற்றுவதில்லை. நோயுற்றவரால் கழிக்கப்படும் தொற்றவல்ல பொருட்களால் மாசுபட்ட கரண்டிகள், முட்கரண்டிகள், கழுவப்படாத கோப்பைகள் ஆகியவற்றை பொதுவாகப் பயன்படுத்துவதாலும், நோயுற்றவரோடு சிகரெட்டை பகிர்ந்து கொள்வதாலும் இன்னபிறவற்றாலும் நோய் பரவுகிறது. மருத்துவப் பணியாளர்களும் நோய் தொற்றிய, தொற்றுக்கப்படா கருவிகளைப் பயன்படுத்துவதால் (பற்கருவிகள், யோனி உட்காட்டிகள்) நோயாளிகள் இந்நோயைப் பெறக்கூடும். முன் காப்பு முறைகள் அனைத்தையும் கடைபிடிக்கா விட்டால், பரிசோதனையின் போது ஒரு நோயாளியிலிருந்து, மற்றவருக்கு மேக நோய் பரவக் கூடும். இம்மாதிரி நிகழ்ச்சிகள், மருத்துவச்சிகள்

(பேற்றுத்தாய்கள்) மற்றும் மகப்பேறு நிபுணர்கள், மகளிர் நோய் நிபுணர்கள், அறுவை மருத்துவர்கள், வாயியலாளர்கள், பால்வினை நோய் மருத்துவர்கள், டி. பேல்லிடம் பொருட்களில் உள்ளதா எனப் பரிசோதிக்கும் ஆய்வகப் பணியாளர்கள், ஆகியோரில் ஏற் பட்டுள்ளன. இவ்வகையில் நோய் தொற்றுவதைத் தடுக்கும் கைக ளைப் பற்றி கவனமெடுக்க வேண்டியது அவசியமாகும். இரு நோயாளியை (குறிப்பாக தொற்றும் நிலையில் உள்ள மேக நோய் கொண்ட ஒருவரை) பரிசோதித்த பிறகு, தனது கைத்தோலில் கீறல் எதுவும் இல்லை, என நிர்ணயம் செய்து பாதரச பெர் குளோ ரைடு (கரோசிவ் சம்ளிமேட்) 1:1000 கரைசலில் கொண்டு,தேய்த் துப் பிறகு சோப்புப் போட்டுக் கழுவ வேண்டும். இந்நோயால் துன் புறும் ஒரு கொடையாளியிடமிருந்து இரத்தத்தை நேரடியாக மற் றொருவருக்குச் செலுத்துவதன் மூலம், மேக நோய் பரவுவது அரி தாகும்.

மேகநோயின் பொதுவான போக்கு

பிராணிகள் மீது செய்யப்பட்ட பரிசோதனைகள் மூலம் நோய்த் தொற்று நிகழ்ந்த முதல் சில நிமிடங்கள்—மணிகளில் டி. பேல்லிடம் துரிதமாக இனப்பெருக்கம் செய்யத்துவங்கி முதலில் திசுக்களை ஆழத்துளைத்து நுழைந்து அடுத்துள்ள நிணக் கணுக்களைப் பாதித்து நிணநீர் மற்றும் இரத்தம் மூலமாக பல்வேறு திசுக்களுக்கும், உறுப் புக்களுக்கும் செல்கின்றன. எனினும் நோயின் முதல் அறிகுறிகள் மூன்று அல்லது நான்கு வாரங்களில் வெளிப்படத் துவங்குகின்றன. நோய் தொற்றுவதில் இருந்து நோயின் முதல் அறிகுறிகள் (வன்மை யான அல்லது தடித்த புண்) தோன்றுவது வரையில் உள்ள இடைக் காலத்தை நோய் மறைகாலம் என்கிறோம். இக்காலத்தின் போது உடலில் ஏமவியல் சீரமைப்பு நிகழ்கிறது. மேகநோயின் வழக்கமான போக்கின் குணவியல்பாக அமைபவை காலகட்டங்களில் ஏற்படும் மாற்றங்களாகும். தீவிர வெளிப்பாடுகளுக்குப் பிறகு நோயின் உள் ளுறை காலம் தொடர்கிறது. நோய் முனைப்பாயுள்ள காலங்களான முதன்மை நிலை, இரண்டாம் நிலை, மூன்றாம் நிலை ஆகியவை, சிகிச்சையளிக்கப்படாவிட்டால் ஒன்றன்பின் ஒன்றாகத் தொடரு கின்றன.

மேகநோயின் முதல் நிலை

மேகநோயின் முதல் நிலையில் கெட்டிப் புண் (மிகவும் குணவியல் பான அறிகுறியாகும்) தல நிணக்கணு அழற்சியும், நிணக்குழலழற் சியும் குறிப்பிடத்தக்கவை.

கெட்டிப்புண் (முதல் நிலை கட்டிப் புண்). நோய்மறை காலம் முடிந்த 3—4 வாரங்களில், டி. பேல்லிடம் நுழைந்து சென்ற இடத்தில் கட்டிப்புண் தோன்றுகிறது. (பல்வேறு வியாதிகளுக்கு அளிக்கப்படும் எதிர் உயிர் மருந்துகளின் விளைவால் மேகநோயின் நோய்மறைகாலம் நீடித்து வருவதாக சமீபகால ஆராய்ச்சிகள் கூறுகின்றன). கெட்டிப்புண் பொதுவாகத் தோன்றும் இடங்களாவன: பிறப்புறுப்புக்களின் சருமம் மற்றும் சிலேட்டுமப்படலம், அபூர்வமாக தொடைகள் மற்றும் பூப்புப் பகுதி, வயிறு ஆகியவற்றிலும் கட்டிப்புண் தோன்றலாம். நிறப்பு உறுப்பல்லாத பகுதிகளிலும் (உதடுகள், மற்றும் நாக்கு, டான்சில்கள், கண்ணிமைகள், விரல்கள்) கட்டிப்புண் (சேங்கர்) தோன்றலாம்.

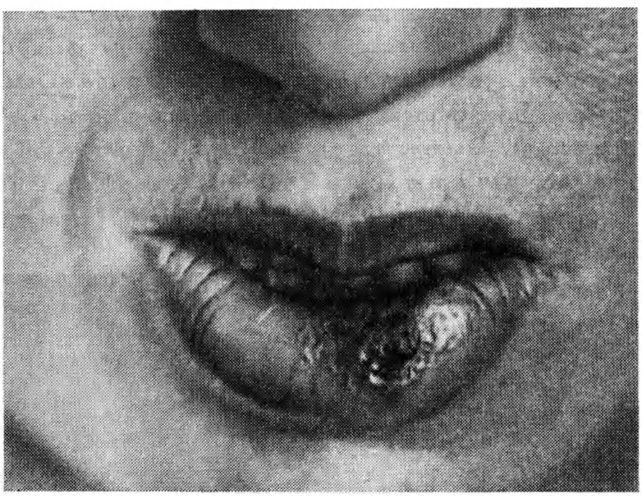
கெட்டிப்புண்ணின் நோய்த்தோற்றம் மிகவும் எடுத்துக் காட்டானது. இது வழக்கமாக சிறுவிரல் நகத்தளவு வளரக்கூடிய ஒழுங்கான வட்ட அல்லது நீளவட்ட விளிம்புகளும், சிறு தட்டுப்போன்ற வடிவமும் கொண்ட தனியொருகூராக எல்லையமைக்கப்பட்ட அரிப்புக்கீற்றாகும். நிறங்கொண்ட கொழுப்பு அல்லது சிவப்பு இறைச்சி போன்ற நிறத்தைப் பெற்றுள்ளது. அரிப்புக் கீற்றின் சுற்றோரங்கள் சற்று உயர்ந்தும், தளத்தை நோக்கி மெதுவாகச் சரிந்தும் (சிறுதட்டு வடிவம்) உள்ளது. சிறிதாக வடியும் நீர், மேகப் புண்ணுக்கு ஒரு பளபளப்பான மெருகெண்ணெய் பூசப்பட்ட தோற்றத்தைத் தருகின்றது. (படங்கள் 82, 83) கெட்டிப்புண்ணின் சிறப்பு அறிகுறியாக இருப்பது, அடர்த்தியும் நெகிழ்ச்சித் தன்மையும் கொண்ட அரிப்புக் கீற்றின் அடிப் பரப்பில் தொட்டுணரப்படக்கூடிய ஒரு உட்கசிவாகும். (எனவேதான் கெட்டி மேகப் புண் என்றும் முதன் நிலை கெட்டிப்பு எனவும் அழைக்கப்படுகிறது) அதன் விளிம்புகள் தளத்தைவிட உயர்ந்தும், அதன் உட்கசிவு மிகவும் முனைப்பாகத் தெரிவதாகவும் உள்ளன. ஆறிய பிறகு புண்ணான கெட்டிப்புண் இருந்த இடத்தில், ஒரு தளும்பு காணப்படுகிறது. (அரிப்புக் கீற்று மேகப்புண் எந்த சுவடுமில்லாமல் ஆறுகிறது) கெட்டிப் புண்ணின் வடிநீரில், இருட்களச் சோதனையின்போது



படம் 82. முதல் நிலைமேகக் கட்டி (கிரந்திக் கட்டி)

டி. பேல்லிடம் கிருமிகளை எளிதில் காணமுடிகிறது.

இயல்பல்லா கெட்டிப்புண்கள், (மேகப்புண் அமிக்டலைடிஸ், கெட்டியான வீக்கம், கெட்டிப்புண் பனரேடிசியம்) அரிதாகவே காணப்படுகிறது. ஒரு கெட்டிப்புண், சீழுறு நோய் தொற்றால் பாதிக்கப்பட்டால், மிக அதிகமாக சிவத்தலும், வீக்கமும் ஏற்படுகின்றன. வடிவது மிகுதியாகவும், சீழ் கொண்டதாகவும் இருப்பதோடு, தொடு நோவும் தோன்றுகிறது. கெட்டிப்புண்ணின் சிக்கல்களாக கீழ்க்கண்டவை தோன்றுகின்றன: முன்தோலிறுக்கம், (அழற்சி, வீக்கம், ஆகியவற்றின் காரணமாக முன்தோலை ஆண் குறிமுகையின் மீது பின்புறமாகத் தள்ள முடிவதில்லை) முகையிறுக்கம், (முன் தோல் மடிப்பு முகையை நெறித்தல்) சுற்றுள்ள திசுக்களின் நசிவு.



படம் 83. கீழுதட்டில் கெட்டிப்புண் (சேங்கர்)

தலநிணக்கட்டி அழற்சி (உடன் தோன்றும் அரைக்கட்டி). கெட்டிப் புண் தோன்றிய 7—10 நாட்களுக்குப் பிறகு இது தோன்றுகிறது. கெட்டிப் புண்ணுக்கு மிக நெருக்கமாக உள்ள நிணக்கட்டிகள் (வழக்கமாக கவட்டு (தொடையிடை) முடிச்சுகள்) அவரை அல்லது ஹேசல்கொட்டை அளவுக்குப் பெரிதாகி, அடர்ந்த, நெகிழ்வுத் தன்மையைப் பெறுகின்றன. அவை ஒன்றுடனொன்று அல்லது அடுத்துள்ள திசுக்களுடன் அல்லது தோலுடன் ஒட்டிக் கொள்வதில்லை. அத்துடன் வலியும் இருப்பதில்லை. மேலுள்ள தோல் நல்ல நிலையில் உள்ளது.

மேகநிணக் குழலழற்சி (**நிணக் குழலழற்சி**). மேக நோயின் முதல்

நிலையில் மூன்றாவது அறிகுறியான இது, அரிதாகவே தோன்றுகிறது. நிணக்குழல் (சுண்ணியின் மேற்பகுதியில் காணப்படுகிறது) ஒரு கொடியான வலியற்ற வடம் போல் இருக்கிறது.

மேகநோயின் முதல் நிலையை இரண்டு கட்டங்களாகப் பிரிக்கலாம். **1. சீர எதிர் மறை முதனிலை மேக நோய்:** கெட்டிப்புண் தோன்றிய கணத்திலிருந்து, குருதியின் சீரச் சோதனை (இரத்தவடி நீர்) விளைவு நேர்மறையாகும் வரை. (வாசர்மன் மற்றும் படிவுச் சோதனைகள்) (மூன்று முதல் நான்கு வாரங்கள்) **2. சீர நேர்மறை முதனிலை மேக நோய்:** இரத்தவடி நீர்ச் சோதனை விளைவுகள் நேர் மறையாகத் துவங்கியதிலிருந்து முதல் நிலை மேக நோயின் வெளிப் பாடுகள் மறையும் வரை அல்லது இரண்டாவது நிலை பொரிப்புகள் தோன்றும் காலம் வரை, இரண்டாம் நிலை நோய் மாற்றங்கள் தோன்றாலும், முதனிலை நோய் மாற்றங்கள் மறைந்த நிலையில் (நிறப்புச்சிகிச்சை துவங்கியதால் குறிப்பாக ஏற்படுகிற நிலை) **முதனிலை உள்ளுறை மேக நோய்** எனக்கணிக்கப்படுகிறது. கெட்டிப்புண் தோன்றிய 5—7 வாரங்களுக்குப் பிறகு அல்லது நோய் தொற்றிய கணம் முதல் 8—10 வாரங்களுக்குப் பிறகு இரண்டாம் நிலை நோய் மாற்றங்கள் எழுகின்றன. சில நோயாளிகளில் அவை தோன்றும் முன்பு சில நாட்களுக்கு பலவீனமும், உடல் நலக் குறைவும், தலை வலியும், எலும்புகள் மூட்டுக்கள் வலியும் தோன்றுகின்றன.

மேக நோயின் இரண்டாம் நிலை

தோலிலும், சிலேட்டுமப்படலங்களிலும், பல வடிவ இயல்பு நோய் மாற்றங்களான பொரிப்புகள் தோன்றுவது மேகநோயின் **இரண்டாம் நிலை** குணச்சிறப்பாகும். இது இரண்டு வகையாகப் பிரிக்கப்படுகிறது பொரிப்பு முதன் முறையாகத் தோன்றும் போது **இரண்டா நிலை புதிய மேகநோய்** என்றும் ஒரு குறிப்பிட்ட காலத் திற்குப் பின் பொரிப்பு திரும்ப ஏற்படுமானால் **இரண்டாம் நிலை மீள்மேக நோய்** என்றும் அழைக்கப்படுகிறது. இரண்டாம் நிலையில் நோய் மாற்றங்களின் தோற்றமும், மறைவும், அவற்றின் எண்ணிக்கையும் இயல்புக் குணமும் டி.பேல்லிடத்தின் இயக்ககாலங்களைப் பொறுத்தும், நோயாளியின் உடலில் அவற்றால் ஏற்படும் ஏமவியல் விளைவுகளைப் பொறுத்தும் அமைந்துள்ளது. இரண்டாம் நிலை பொரிப்புகளின் பொதுவான இயல்புகளாவன: எவ்விடத்திலும் இடமமைவது, வட்டமாக தெளிவாக குறிப்பிடப்பட்ட எல்லைக்கொடுகள், ஒன்றிணையும் தன்மை இல்லாமல் இருப்பது நீலச்சாயையோடு கூடிய இளஞ்சிவப்பு நிறம், அகவயச்சீர் கேடுகள் எதுவும் இல்லாமை, நைவுகளின் தீங்கற்ற தன்மை, (மேகப் பொரிப்புகள் எத்தகைய சுவடுமின்றி மறைந்து விடுகின்றன) ஆகியவை. இரண்டாம் நிலை

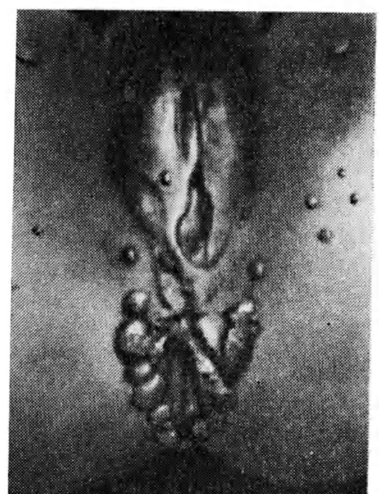
மேகப் பொரிப்புகளாக குழுலத் தேமல்களும், (ரோசியோலா) பருக் களும், அரிதாகச் சீழ்க் கொப்புளங்களும் தோன்றுகின்றன. **இரண்டாம் நிலை புது மேக நோயில்,** மேகப் பொரிப்புகள் சிறியனவாக ஏராளமாக இருபுறமும் சீராக அமைந்துள்ளன. இரண்டாம் நிலை மீள மேகநோயில் பொரிப்புகள் பெரியனவாக, எண்ணிக்கையில் குறைவாக பெரும்பாலும் இரு பிறச் சீரமைவின்றி குழுக்களாக அமையும் தன்மை (பல்வேறு உறுவங்கள், மாலைகள், வில் வளைவு, உருவமைப்புகள்) கொண்டுள்ளன. இரண்டாம் நிலை மேக நோயில், வாசர்மேன் சோதனையும், படிவச் சோதனைகளும் எப்போதும் முழுமையாக நேர்மறையாக அல்லது நேர்மறையாக (4 பிளஸ் அல் லது 3 பிளஸ்) உள்ளன.

ரோசாத்திட்டு அல்லது தோல் மேகப் பொரிப்பு. இது இரண்டாம் நிலை மேகநோயின் மிக அதிகமாகக் காணப்படும் இயல்பு நோய் மாற்றமாகும். இவை இளஞ்சிவப்பு நிறத்தின் நீலச் சாயை கொண்ட தேமல்களாக, அழுத்தினால் மறைந்துவிடுபவனாக இருக்கின்றன. அவற்றின் வெளி எல்லை வட்டமாக உள்ளது. தேமல்கள் அவரை அளவில் உள்ளன. இவை தோலின் மட்டத்திற்கு மேல் எழுவதில்லை. (வண்ணப்படம் II) (சில போது உயரமைந்த ஒவ்வாப் பொரிப்பு ரோசாத் திட்டு காணப்படுகிறது. அவை மறையும் போது செதிள் கள் தோன்றுவதில்லை. எவ்விதச் சுவடும் இன்றி மறைந்து விடு கின்றன. ரோசாத்திட்டு வழக்கமாக உடலின் பக்கப்பரப்புகள் மற்றும் மார்பு, வயிறு, கையுறுப்புகள், ஆகியவற்றில் தோன்று கிறது. நோய் நைவுகள் ஓரிரு வாரங்களில் படிப்படியாக எழுகின் றன. ஒன்று முதல் மூன்று வாரங்களுக்கு மாறாமல் இருக்கின்றன. பிறகு அவை மங்கி மறைந்து விடுகின்றன.

மேகப்பருக்கள் அல்லது பரு மேகப் பொரிப்பு. இவையும் இரண்டாம் நிலையின் வழக்கமான பொரிப்புகளாகும். பருக்கள் தோலின் காம் படுக்கில் காணப்படுகின்றன. அவை அளவில் மாறுபட்டவையாகும். அவரையளவுள்ள பருக்கள் (அவரைப்பருக்கள்) மிக அதிகமாகக் காணப்படுகின்றன. ஊசித்தலையளவுள்ள பருக்கள் (மேகத்தடிப் புகள்) அபூர்வமாகத் தோன்றுகின்றன. அவரைப் பருக்கள் அரைக் கோளவடிவில் உள்ளன. அவை தெளிவாக குறியிடப்பட்டு ஒழுங் கான ஓரங்களையும் தொடை இறைச்சி நிறத்தையும் பெற்று ஒன் றுடன் ஒட்டியிணையாமல் உள்ளன. (வண்ணப்படம் III) செதிளுரிவது அடிக்கடி நிகழ்கிறது. செதிள்கள் அவற்றின் வெளிச் சுற்றுப் பகுதி யில் அமைந்துள்ளன. (பியட் பட்டை அல்லது கழுத்துப்பட்டை) மொக்குப் பருக்கள், மயிர்கால்களின் துளைகளைச் சுற்றிலும் இடம மைந்துள்ளன. அவை பொதுவாக, பலவீனமான நோயாளிகளில் (காசநோயாளிகள்) காணப்படுகின்றன. 1.5—2 செ. மீ குறுக்கள வுள்ள பெரும் பருக்களுக்கு (நம்முலர்) நாணய வடிவப் பருக்கள்

எனப் பெயர். உரசல் அல்லது உறுத்தலின் விளைவாகவும் பல்வேறு திரவச் சுரப்புகளாலும் தோல் மடிப்புகள் மற்றும் கழிவாய், பிறப் புறுக்கள் ஆகியவற்றில் தோன்றும் பருக்கள் வளர்ந்து **மிகை வளப் பப்பருக்களாக** மாறுகின்றன. இவை ஒட்டி இணைவதால் அகன்ற கண்டுக் கட்டிகள் (காண்டிலோமா லேட்டா) அல்லது காணை போன்ற பருக்கள் தோன்று கின்றன. (படம் 84) அகல் கண்டுக் கட்டி கள், மிகை வளப்பப்பருக்கள், தோல் மடிப்புகளில் உள்ள பருக்கள், பெரும்பாலும் உராயப்படுவதன் விளைவாக அரிக்கப்பட்டு (அரிப் புப் பருக்கள்) ஈரமாக மாறுகின்றன. (ஈரப்பருக்கள்) அரித்த ஈரப் பருக்களில் இருந்தும் கண்டுக் கட்டிகளில் இருந்தும் வடியும் நீரில் மிகையாக டி. பேல்லிடம் கிருமிகள் உள்ளன. எனவே தான், அந் நோயாளிகள் தீவிரத் தொற்று பரப்பவல்லவர்களாக உள்ளனர்.

சீழ்க் கொப்புள மேகப் பொரிப்புகள். தேமல் மேகப்பொரிப்புகளை யும் பருமேகப் பொரிப்புகளையும் விட இவை மிக அரிதானவை. பல வீனமான நோயாளிகளிலும், மித மிஞ்சிய சாராயக் குடிப் பழக்கமுள்ள நோயாளிகளிலும் இவை தோன்றுகின்றன. தோற்றத் தில் அது சீழ்த்தோல் அழற்சியை ஒத் துள்ளது. ஆனால் சீழ் கொப்புள மேகப் பொரிப்புகளில் குருதி மிகை ப்பு மிக அதிகமாகவும், அடித்தள உட்கசிவு மிகக் கெட்டியாகவும் தொடுநோவின்றியும் உள்ளன.

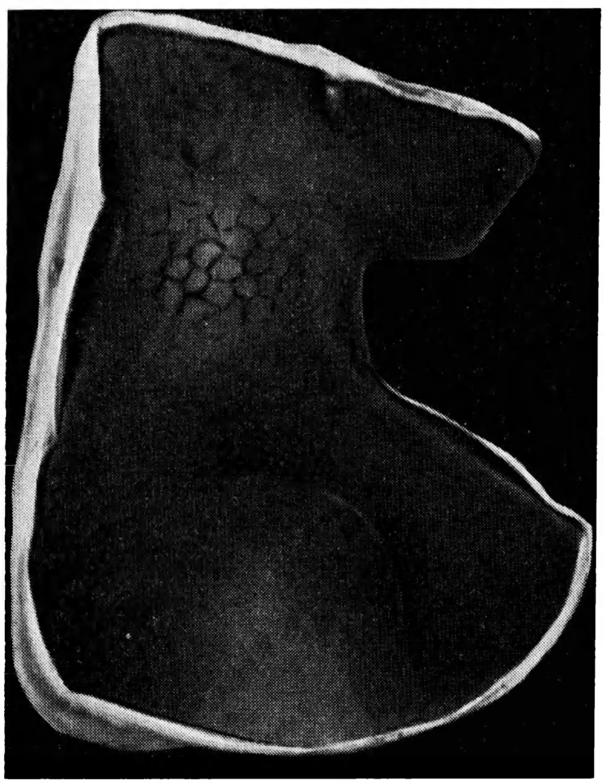


படம் 84. மேகக்கரணை வடி வப்பருக்கள் அல்லது அகல் கண்டுக் கட்டிகள்

சிலேட்டுமப் படலத்தின் 2ம் நிலை மேகப் பொரிப்புகள். இது மிகவும் அடிக்கடி காணப்படுகிறது. வாய் மற்றும் யோனியின் பேரி தழ் சிற்றிதழ் சிலேட்டுமப் படலம், கழிவாய் ஆகியவற்றில் மேகப்மே கப் பருக்கள் அடிக்கடி தோன்றுகின் றன. அவை நசிந்திருப்பதால்வெண் ணிறம் பெற்றுள்ளன. தொளதொ ளத்த அல்லது தளர்ந்தமேலணுப் படலம் செதிளுரியப் பெற்று அரிப் புக் கீற்றுகள் உண்டாகின்றன. (வண்ணப்படம் IV) பெரும்பாலும் பருக்கள் ஒன்றிணைகின்றன. சிலேட் டுமப்படலத்தின் அரிப்புப் பருக்கள் பரப்பவல்லவையாதலால், பாலினபுணர்ச்சியின் போது மட்டுமல் லாமல் அன்றாடத் தொடர்புகளாலும் நோய் பரவுகிறது.

சிலேட்டுமப் படலங்களின் மேல், தேமல் மேகப் பொரிப்புகள், செந்தோல் மேக நெஞ்சுவலியாகத் (எரித்தமேட்டஸ் சிபிலிட்டிக் அன்ஜைனா) தோன்றுகிறது. கூராகக் குறியிடப்பட்ட செம்மையும், விழுங்கும் போது வலியில்லாமலிருப்பதுவும், வழக்கமான நீர்கோப்பு நெஞ்சு வலியிலிருந்து, அதை வேறுபடுத்திக் காட்டுகிறது.

மேக வழுக்கை அல்லது சொட்டை. இது **நுண்ணியகுவிய** அல்லது **பரவிய** அல்லது **இரண்டும் கலந்த வகையாக** இருக்கலாம். நுண்ணிய சொட்டையில் அழற்சி அல்லது செதிளுரிதல் எதுவும் இல்லாமல் மண்டைத் தோலில் நுண்ணிய குவியங்களில் மயிர் குறைந்திருப்பதாகும். சில மாதங்களில் மயிர் முழுவதும் வளர்ந்து விடுகிறது. பரவிய வழுக்கையில் மண்டையிலுள்ள முடி முழுவதும் அவ்வப்போது உதிர்ந்து விடுகிறது. இது பொட்டுப் பகுதியில் மிகவும் குறிப்பிடத்தக்கதாக உள்ளது. பெரும்பாலும், இரண்டாம் நிலை மீள் நோயாளிகளில் வழுக்கை காணப்படுகிறது.



படம் 85. மேக வெண்தோல் (ல்யூகோடெர்மா)

வெண் தோல் அல்லது நிறமித்த மேகப் பொரிப்பு. இரண்டாம் நிலை மீள்மேக நோயாளரில், நோய் தொற்றிய ஐந்து மாதங்களுக்கு பிறகு ல்யூகோடெர்மா எனப்படும் வெண் தோல் நோய் தோன்று கிறது. கழுத்தின் வெளி மற்றும் பின் பரப்புகளிலும் அக்குள்ளரு கிலும் மார்பின் பின் பக்கங்களிலும் மஞ்சள் பழுப்புத்தோலால் சூழப்பட்ட வட்ட அல்லது நீள் வடிவ நிறமி நீங்கிய தேமல்கள் தோன்றுகின்றன. வெண் தேமல் ஒரு பின்னலைப் போல் அல்லது ஒருவலைப் போல் தோன்றுகிறது. (படம் 85) இத்துடன் மூளை தண்டு வடநீரில் இயல் மாற்றங்கள் காணப்படுகின்றன. பெரும் பாலும் சிகிச்சையைப் பொறுத்தில்லாமல் சில அல்லது பல மாதங் களில் வெண் தோல் மறைந்து விடுகிறது.

இரண்டாம் நிலை மேக நோயில் நரம்பு மண்டல (குறிப்பாக மூளை தண்டுவடநீரில்) உள் உறுப்புக்கள், எலும்புகள் ஆகியவற் றில் மாற்றங்கள் காணப்படுகின்றன. வழக்கமாக இப்பாதிப்புகள் கொடுமையற்ற போக்கைக் கொண்டுள்ளன. சிறிது காலத்திற்குப் பின் (குறிப்பாக சிகிச்சை அளிக்கப்படுமாயின்) முழுவதுமாக இந் நோய் நிலை மறைந்துவிடுகிறது.

தோல் மற்றும் சிலேட்டுமப் படலம் ஆகியவற்றின் மேலுள்ள அரிக்கும் பருக்கள், அகல் கண்டுக் கட்டிகள், இன்னும் பிற நோய் மாற்றங்களின் மிகுந்த தொற்றுப் பரப்பும் தன்மையினால், சமுதாய நோக்கில், இரண்டாம் நிலை மேக நோய் மிகவும் மோசமான தீமை யாகும்.

மேக நோயின் மூன்றாம் நிலை

எந்த சிகிச்சையும் எடுத்துக் கொள்ளாத அல்லது முறையான சிகிச்சையை மேற் கொள்ளத் தவறிய சில நோயாளிகளில் மேக நோயின் மூன்றாம் நிலை தோன்றுகிறது. சிகிச்சை அளிக்கப்படாத வர்கள் எல்லோரிடமும் இந்நிலை தோன்ற வேண்டும் என்ற அவசி யம் இல்லை. முதிர் அல்லது இளம் வயது, மற்றும் காயங்கள், நாட் பட்ட நோய்கள், நச்சுப் பிணிகள், மிகைக் குடிப்பு ஆகியவை மூன் றாம் நோய் நிலை உருவாவதற்கான காரணங்களாகும். வழக்கமான நோய் தொற்றிய மூன்று முதல் நான்கு ஆண்டுகளுக்குப் பிறகு, சில சமயங்களில் பல பத்தாண்டுகளுக்கு பிறகு கூட மூன்றாம் நிலை மேக நோய் தோன்றக்கூடும்.

ஜார் மன்னன் ஆண்ட காலத்தில் ரஷ்யாவில், குறிப்பாக கிரமங் களில் அடிக்கடி இந்நோய் பாதிக்கப்பட்டிருந்த போதிலும், இன் றைய சோவியத் யூனியனில் மூன்றாம் நிலை மேகம் அரிதாகவே உள்ளது.

மூன்றாம் நிலை மேகப் பொரிப்புகள். (கழலை மற்றும் புண்மேகப் பொரிப்புகள்) இவை தோல் மற்றும் தோலடிக்கொழுப்பு, தசைகள்,

எலும்புகள், உள்ளுறுப்புகள், நரம்பு மண்டலம் ஆகியவற்றில் காணப்படுகின்றன. நைவுகள் குறைந்த எண்ணிக்கையிலேயே (கழலைகள் டஜன்களிலும், மேகக் கட்டிகள் தனியாகவும்) காணப்படுகின்றன. இவை கொடுமையான போக்கைக் கொண்டுள்ளன. சிகிச்சை கொடுக்கப்படாவிடில், மிக மெதுவாக சீரடைந்து தளும்புகளை விட்டுச் செல்கின்றன. (இவை இன்றியமையாத உறுப்புக்களில் காணப்பட்டால் நோயாளியின் உயிருக்கே ஆபத்தாக முடியலாம்) டி. பேல்லிடக் கிருமிகள் குறைவாக இருப்பதாலும், ஊடுருவி ஆழத்தில் அமைந்திருப்பதாலும் தொற்றும் தன்மை குறைவாகவே இருக்கிறது. மேக எதிர் சிகிச்சையால் நைவுகள் விரைவில் சீரடைகின்றன. மூன்றாம் நிலை கொண்ட மேக நோயாளிகளில் 25—35% இரத்தப் பரிசோதனைகள் எதிர் முறை முடிவுகளைத்தரத்கூடும், என்பதை நினைவில் கொள்ள வேண்டும்.

கழலை மேகப் பொரிப்பு. ஒரு சிறு தோல் பரப்பில் பெரும்பாலும் இருபுறச் சீரமையின்றி இது அமைந்துள்ளது. கழலைகள் அரைக் கோள வடிவில் அல்லது தட்டையாக நீலச் சாயை கொண்ட செம்பு நிறத்துடனும் சொரிகள் அளவிலும், கெட்டியாகவும் தெளிவாகவும் வரையறுக்கப்பட்டுள்ளன. மேகக் கழலையின் ஊடுருவல் எப்போதும் நசிவடைகிறது. இந்த நசிவு உலர்வகையினதாகவோ (தோலின் நலிவு எஞ்சுகிறது) அல்லது புண்ணாகி தளும்பை விட்டுச் செல்வதாக இருக்கக்கூடும். இடைவேளை விட்டு அவ்வப்போது தோன்றுவதால் தான், அவை பல்வேறு சீர் நிலைகளில் உள்ளன. இதன் விளைவாக ''கற்கள் பதித்தவை போன்ற தளும்பு'' வடிவங்கள் (வண்ணப்படம் V) தோன்றுவதைக் கண்டு, பல ஆண்டுகளுக்குப் பிறகு கூட நோயாளிக்கு மூன்றாம் நிலை கழலை நோய் என்பதைத் தெரிய முடிகிறது. மிக வழக்கமான வடிவங்களாவன: தொகுப்பமைந்த கழலை மேகப் பொரிப்புகள் (கொத்தாக அல்லது குழுவாக அமைந்துள்ள கழலைகள் ஒன்றிணைவதில்லை) பாம்புருவ கழலைகள் மேகப் பொரிப்பு, (கழலைகள் ஒன்றிணைகின்றன, குவியமையத்திலுள்ளவை குணம் அடையும் போது சுற்று வெளிப் பகுதியை ஒட்டி, புதிய கழலைகள் தோன்றுகின்றன) கழலைகள் ஒன்றிணைந்து ஒரேயொரு திட்டையமைக்கும் கழலை மேகப் பொரிப்பு, குள்ள மேகக் கழலைகள் (தினையளவு), ஆகியவையும் குறைவாகவே காணப்படுகின்றன. கழலை மேகப் பொரிப்பில் நோயாளிக்கு அகவயக் கோளாறுகள் எதுவும் தோன்றுவதில்லை.

கோந்துக்கட்டி மேகப் பொரிப்பு அல்லது மேக கோந்துக்கட்டி. மேக கம்மா எனப்படும் இந்த நோயில் வாதுமைக் கொட்டையளவுள்ள வலியற்ற கட்டி ஒன்று தோலடித் திசுக்களில் உண்டாகிறது. முதலில் அது தோலோடும், சுற்றிலுமுள்ள திசுக்களோடும் இணைந்திருப்பதில்லை. ஆனால் பின்பு வளர்ந்து தோலோடு ஒட்டிக் கொண்டு

அதன் அசையும் தன்மையை இழக்கிறது. தோல் கருஞ்சிவப்பாக மாறுவதுடன், தொடு நோவும் தோன்றுகிறது. (வண்ணப்படம் VI) கட்டி மையத்தில், இளகி, வெடித்து ஒரு சிறு துளையுண்டாகி அதன் வழியாக ஒரு சிறு துளையுண்டாகி அதன் வழியாக ஒரு குழம்பான கோந்துப் பொருள் வடிகிறது. (எனவே தான் கோந்துக்கட்டி என்கிறோம்) துளை பெரிதாகி புண் உண்டாகிறது. அதன் ஓரங்கள் கெட்டியாகவும், தளம் நோக்கி ஆழச் சரிவதாகவும் உள்ளன. கோந்துக் கட்டியின் மையப் பொருளான அழிசிசு புண்ணின் தளத்தில் காணப்படுகிறது. (வண்ணப்படம் VII). மையப் பொருள் மெதுவாக வெளி வந்த பிறகு, புண் ஆறி ஆழமான உள்ளிழுத்த (விண்மீன் வடிவ) தழும்பு உண்டாகிறது. வழக்கமாக ஒன்றும், அரிதாக அதிகமான கோந்துக் கட்டிகள் தோன்றுகின்றன.

கோந்துக் கட்டிகள் தோன்ற மிகவும் தோதான இடங்களாவன: காலின் முன்பரப்பு, நெற்றி, முன்கை, மூன்றாம் நிலை மேகப் பொரிப்புகள் (கோந்துக் கட்டிகள், கழலைகள்) மூக்கு மற்றும் மெல்லண்ணம், உள்நாக்கு ஆகியவற்றின் சிலேட்டுமப்படலங்களில் பெரும் பாலும் காணப்படுகின்றன. மூக்கு எலும்புகள் பாதிக்கப்படும் போது மூக்கின் மேற்பகுதி (மூக்குப் பாலம்) அமுங்கி, மூக்கு சேண வடிவில் அமைகிறது அல்லது மூக்குத் தடுப்புச் சுவரின் எலும்புப் பகுதியில் துளை விழுகிறது, மெல்லண்ணமும், வல்லண்ணமும் துளை படுவதாலும், உள்நாக்கு அழிபடுவதாலும் நோயாளி உண்ணும் போது உணவு வாயில் இருந்து மூக்குக்குள் செல்கிறது. நோயாளியின் பேச்சும், மூக்கால் பேசுவதைப் போன்றுள்ளது.

கோந்துக் கட்டியுடன் என்பு—என்புரியழற்சி மற்றும் என்பு மச்சை அழற்சியும் வழக்கமாக கபால எலும்புகளிலும், உட்கால் எலும்பிலும் (நளக எலும்பு) தோன்றுகின்றன. ஊடுருவல் என்பாகி தடிப்படைகிறது. அல்லது அது நிலையிழந்து புண்ணாகி, தழும்பில் முடிகிறது.

மூன்றாம் நிலை மேக நோயில், **உள்ளுறுப்புகளும் நரம்பு மண்டலமும்** பாதிக்கப்படும் போது மோசமான பின் விளைவுகள் தோன்றக்கூடும்.

உள்ளுறுப்புக்களின் மேக நோய் பாதிப்பில், மகாதமனியின் மேக அழற்சிதான் மிகவும் முக்கியமானது. நோய் தொற்றிய 10—20 ஆண்டுகளுக்குப் பிறகு, இது ஏற்படுகிறது. பெருந்தமனி வால்வுகள் செயற்குறைவும், மகாதமனி வீக்கமும் (பெருக்கம்) ஏற்படுகின்றன. மேக இதயத் தசையழற்சி, மற்றும் கல்லீரல், சிறு நீரகங்கள் மூளை போன்ற பல உறுப்புக்களில் கோந்துக் கட்டிகள் தோன்றுகின்றன.

பிற்கால மேக மூளை உறையழற்சியும், மூளைத் தண்டு வட குழல்களின் மேக நோயும் உண்டாவதால், செயலிழப்பு (வாதம்) செயற்குறைவு உணர்வுக் கோளாறுகள் தோன்றலாம்.

மூளை தண்டுவடப் பொருள் பாதிக்கப்படும் போது (நரம்பு மண்டலப் பருப்பொருள் மேக நோய்) இடைவிடாத செயலிழப்பு (வாதம்) அல்லது புறநலிவு (டேபீஸ் டார்சாலிஸ்) தோன்றுகிறது.

பிறவி மேக நோய்

மேக நோய் கொண்ட தாயின் நஞ்சுக் கொடியின் மூலமாகத் தான் டி. பேல்லிடம் வளர்கருவைத்துளைத்து உட்செல்ல முடிகிறது என இருபதாம் நூற்றாண்டின் துவக்கத்தில் நிரூபிக்கப்பட்டிருக் கிறது. நுண்ணுயிர்கள், விந்தணுவின் தலையோடு பொருந்துவதில் லையாதலின், தந்தையின் மூலமாக அவருடைய குழந்தைக்கு மேக நோய் தொற்றக்கூடும் என்ற ஊகம் ஏற்றுக் கொள்ளப்படவில்லை. ஆரோக்கியமான நச்சுக் கொடியை, டி. பேல்லிடம் கிருமி, துளைக்க முடியாது எனக் கருதப்படுகிறது. எனினும் நஞ்சுக் கொடியோடு தொடர்பு ஏற்பட்டவுடன், நுண்ணுயிர்கள் அதனில் மாற்றங்களைத் தூண்டுகின்றன. ஆதலால், அதற்குப் பின் அவை வளர்கருவைத்து ளைப்பதை நஞ்சுக் கொடியால் தடுக்க முடியதில்லை. கர்ப்பமடைந்த 4 வது மாதத்திற்குப் பிறகு தொப்புள் கொடியின் சிரைகள் மற்றும் நிணநாளங்கள் வழியாக நுண்கிருமிகள் வளர்கருவின் திசுக்களுக்குட் செல்கின்றன.

மேக நோய்க்கு சிகிச்சையளிப்படாத பெண்ணுக்கு ஐந்து அல் லது ஆறாவது மாதத்தில் கருச்சிதைவு ஏற்பட்டு குழந்தை செத்துப் பிறக்கக்கூடும், அல்லது குறைமாதப் பிரசவம் ஏற்படக் கூடும். குறை வளர்ச்சி அல்லது முழு வளர்ச்சியுடன் மேகநோய் கொண்ட குழந்தை பிறக்கக்கூடும். தாயில் மேக நோய்த் தொற்று எவ்வளவுக் கவ்வளவு புதுத் தோன்றலாக உள்ளதோ, அவ்வளவுக்கு, அது வளர் கருவுக்குப் பரப்பப்படும், ஆபத்தும் உள்ளது. நோய்த் தொற்றின் ''வலுத்தாக்கியல்பு'' நாளடைவில் குறைகிறது.

தந்தை அல்லது தாயில் மேக நோய் இருந்து டி. பேல்லிடம் வளர்க்கருவைத் துளைக்காமல், பாலின அணுக்களை அல்லது கருவை அல்லது வளர்கருவை (கர்ப்பமடைந்த 4 மாதங்கள் வரை) சேதப்படுத்தக்கூடும். அப்படிப்பட்டவர்களில் பிறந்த குழந்தைக்கு, பல்வேறு மனச் சீர்கேடுகளும் (மனவளர்ச்சிக்குறை, மனநோய் போன்ற நடத்தை இன்னபிற) நரம்பு மண்டல உறுப்பு நோய் மாற் றங்களின் அறிகுறிகளும் எலும்பு வளர்ச்சிக்கேடும், ஏற்படக் கூடும். உண்மையான பிறவி மேகத்திலிருந்து வேறுபடுத்த (இங்கு நுண்ணு யிர்கள் வளர்கருவைத் துளைக்கின்றன) இந்நோய்களுக்கு துணை மேக நோய் எனப் பெயரிடப்பட்டுள்ளது.

பிறவி மேக நோயை கீழ்க் கண்டவாறு பகுத்துள்ளனர்: வளர்

கருமேகம், சிசுமேகம், இளங்குழந்தை மேகம், (ஒன்று முதல் 4 வயது வரை) பிந்திய பிறவி மேகம்.

பெண்களில் மேக நோயை துவக்க காலத்திலேயே கண்டு அறிவதாலும், கர்ப்பமடைவதற்கு முன்பும் கர்ப்ப காலத்தின் போதும் தீவிர சிகிச்சையளிப்பதாலும், பெண்களுக்கான ஆலோசனை சிகிச்சையகங்களின் தடுப்புப் பணியாலும் (தோலையும் சிலேட்டுமப் படலத்தையும் பார்வையிடுதல், கர்ப்பத்தின் முன் பகுதியிலும் பின்பகுதியிலும் இரத்த வாசர்மேன் சோதனைகள் இன்னபிற) நல வழிக் கல்வியாலும், சோவியத் யூனியனில் பிறவி மேக முனைப்பு வெளிப்பாடுகளுடன் குழந்தைகள் பிறப்பது மிக மிக அரிதாகும்.

வளர்கரு மேகம். உள்ளுறுப்புக்களில் பெரும்பிறழ்வுகள் ஏற்படுவது இதன் தனி இயல்பாகும். கல்லீரலும், மண்ணீரலும் மிக மிகப் பெரிதடைகின்றனதோடு அவற்றில் டி.பேல்லிடம் அதிக அளவில் காணப்படுகிறது. நுரையீரல் திசுவும் தடிப்படைகிறது. (வெள்ளை நிமோனியா). மேக என்புக்குருத்தழற்சியும், என்பு—என்புரியழற்சியும், நீள்குழல் எலும்புகளிலும், விலா எலும்புகளிலும் காணப்படுகின்றன. வழக்கமான ஆறு முதல் 7—வது மாதங்களுக்கிடையே, வளர் கருவிற்கு மரணம் ஏற்படுகிறது. செத்துப்பிறந்த குழந்தையின் தோல், நசிவடைந்து சுருக்கம் கொண்டு தொளதொளத்துள்ளது.

குழந்தை பிறவி மேகம். பிறப்பிலிருந்தே, பெரும்பாலும் வாழ்வின் முதலிரண்டு மாதங்களில் அல்லது இரண்டு முதல் நான்கு மாதங்களுக்கிடையில், அது வெளிப்பட்டுத் தெரிய வருகிறது. இந்நிலையில், தோல் மற்றும் சிலேட்டுமப்படலம், எலும்புகள், உள்ளுறுப்புக்கள், நரம்பு மண்டலம், புலனுறுப்புக்கள், ஆகியவற்றில் பல வடிவ நோய் மாற்றங்கள் காணப்படுகின்றன. அத்தகைய குழந்தைகள் நன்றாக வளராதது மட்டுமின்றி எடையும் உயரமும் வழக்கத்தை விடக் குறைவாகவும் பலவீனமாகவும் அமைதியற்றும் உள்ளனர்.

பரவலான ஊடுருவல் (தோல் தடித்து இறுகிப் போதல், செதிளுரிதல், அதைத்தொடர்ந்து ஆழப் பிளவுகளும், பிறகு வாயைச் சுற்றிலும் வாழ் நாள் முழுமைக்கும் நீடிக்கும் தழும்புகளும் ஏற்படுகின்றன. (வண்ணப்படம் VIII) முகத்திலும் (கன்னங்கள், மற்றும் உதடுகள் தாடை, நெற்றி) உள்ளங்கைகள் மற்றும் உள்ளங்கால்கள், புட்டங்கள் ஆகியவற்றில் ஏற்படுகிறது. மேக **சீழ்நீர் கொப்புளங்கள் (பெம்பிகஸ்).** பட்டாணி அல்லது அவரை விதை வடிவிலான இரத்த வடிநீரும், சீழும் கொண்ட இறுகிய விளிம்புகளால் சூழப்பட்ட பெருநீர் கொப்புளங்கள் சில சமயங்களில் உள்ளங்கைகளிலும், பாதங்களிலும், கால்களிலும் முன்கைகளிலும் காணப்படக் கூடும். **மேகப் பருக்கள்:** குழந்தை—பிறவி மேகத்தில் தோன்றும் இவை, பெறப்பட்ட மேகநோயின் இரண்டாம் நிலை பருக்களைப் போன்றுள்ளன. அதிகமாகத் தோன்றக் கூடிய மற்றொன்று மேக நாசிய

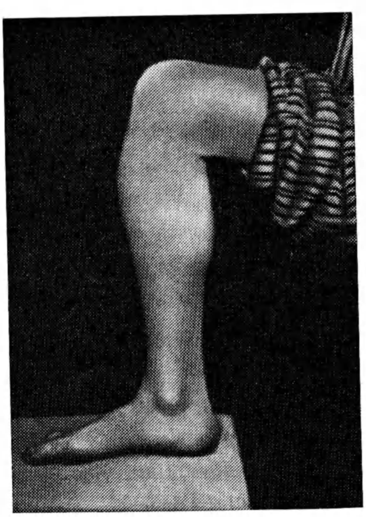
முற்சியாகும். இரத்த வடி நீரும், சீழும் வடிந்து பொடுகுகள் உண்டாகி, மூக்கின் வழயாக மூச்சு விடுவது கடினமாகவும் இரைச்சலுடனும் இருக்கிறது. விசில் அடிப்பது போன்று இருக்கிறது. மார்பில் பால் கொடுப்பது மிகவும் சிரமமாக இருப்பதால், குழந்தைக்கு ஊட்டக் கோளாறு ஏற்படுகிறது.

மேக என்பு குருத்தழற்சி. இது நீளமான குழல் எலும்புகளில் அதிகம் காணப்படுகிறது. அதன் துவக்க நிலைகளை, ஊடுகதிர்ப் படம் கொண்டு கண்டறிய முடியும். நோய் மிகவும் முற்றிய நிலைகளில் முளைவளரிகள், தண்டுவளரியிலிருந்து பிரிக்கப்பட்டுள்ளன. குழந்தை நோயுற்ற கையுறுப்பை, உடலில் அழுத்திக் கொண்டு பாதிக்கப்பட்ட எலும்புகளை முழங்கால், இடுப்பு மூட்டுகளில் மடக்கி வைத்துக் கொண்டு எந்தவொரு முளைப்பான அசைவுகளையும் தவிர்த்து, பிறரால் கைகள் அசைக்கப்படும் போது அழுகிறது. கல்லீரல் மற்றும் மண்ணீரல், சிறுநீரகங்கள், நுரையீரல்கள், விரைகள் ஆகியவற்றில் பரவலான உட்பரவலும், தடிப்படைதலும் (ஸ்கிளிரோசிஸ்) காணப்படுகின்றன. மூளை உறையழற்சி, மூளை உறை—மூளை அழற்சி, நீர் மண்டை ஆகியவை காணப்படுகின்றன.

பிறவி மேகம் கொண்ட குழந்தையின் வளர்ச்சி தடைபட்டுள்ளது. அவை அடிக்கடி நோய்வாய்படுகின்றன. மற்ற நோய் தொற்றுகளால் குழந்தைகள் இறப்பது அரிதல்ல.

இளம் குழந்தைப் பருவ பிறவி மேகம். இது ஒன்று முதல் நான்கு வயதிற்குள் காணப்படுகிறது. நோய் நைவுகள் குறைவாக இருப்பதே இதன் இயல்பாகும். கழி வாய் செனிப்புப் பகுதியில் ஈரமான அரிக்கும்பருக்களும், அகல் கண்டுக்கட்டிகளும் பெரும்பாலும் காணப்படுகின்றன. இக்காலத்தை ''கண்டுகட்டி நிலை'' என பெரும்பாலும்கூறப்படுகிறது. உறுப்பெலும்புகளின் என்புரியழற்சியும், கண்களின்அடுக்குகளின் பாதிப்பும் அரிதாகக் காணப்படுகிறது.

பிந்திய பிறவி மேகம். 6 முதல் 15 வயதுக்குள்ளும் அதற்குப் பின்னாலும் இந்நோய் காணப்படுகிறது. இதன் போக்கு மூன்றாம் நிலைமேக நோயை ஒத்துள்ளது. ஏனெனில் தோல் மற்றும் சிலேட்டுமப்படலம், எலும்புகள், உள்ளுறுப்புகள், நரம்பு மண்டலம் (கோந்துக்கட்டி மூளை உறையழற்சி) ஆகியவற்றில் கோந்



படம் 86. கத்திக்கால்

நுக் கட்டிகள் உண்டாகின்றன. தவிரவும், பிந்திய பிறவி நோய்க்கு மட்டும் சிறப்பியல்பான அறிகுறிகள் உருவாகின்றன. இவையாவன: **ஹட்சின்சனின் முக்குறியும் வளைந்தவாள் போன்ற நளக வென்பும்.**

ஹட்சின்சனின் முக்குறிகள்வருமாறு: விழி வெண்படல பருப்பொருள் அழற்சி (விழி வெண்படலம். சிவந்தும், மங்கலாகவும் ஆகி, ஒளிக் கூச்சமும், கண்ணீர்சொரிவும், பார்வைக் குறைவும் உண்டாகிறது) **மேக உட்செவி அழற்சி** (செவிப்புலன் திறன்குறைவும், காதில் இரைச்சலும் உண்டாகிறது), **ஹட்சின்சனின் பற்கள்** (இரு மேல் மைய வெட்டுப்பற்கள் வளர்ச்சிகெட்டு, உளிவடிவிலும், வெட்டும் பரப்பில் ஒரு சிறு பிளவும்உள்ளது).

கத்திக்கால் (சேபர்ஷின்): எலும்புக் குருத்தழற்சியின் காரணமாக, நளக எலும்பு முன் புறமாக வளைந்தும், என்பு வலியும் உள்ளன. (படம் 86)

டேபீஸ்டார்சாலிசும், (தண்டு வடபுறநலிவு) தீவிரமடையும் இளம் பிள்ளை வாத வகையும், சில நோயாளிகளில் காணப்படு கின்றன.

இரத்தப் பரிசோதனைகள். நோயின் வெளிப்பாடு, மற்றும் டி. பேல்லிடம் கிருமிக்கான உடற் பொருள் சோதனை முடிவுகள், மருத்துவ வரலாறு, பாலினத் தொடர்புகளைக் கண்டறிதல் போன்றவற்றைத் தவிர இரத்தப் பரிசோதனைகளின் முடிவுகளும் (வாசர் மேன் மற்றும் படிவச் சோதனைகள்) மேக நோய் நிர்ணயித்திற்கும், மேக எதிர் சிகிச்சையின் முடிவுகளைக் கட்டுப்படுத்தவும் மிகவும் முக்கியமானதாகும். எனினும் மேக நோய் கொண்ட நோயாளிகளில் இரத்தப் பரிசோதனை எதிர் மறையாகவும் இருக்கலாம், என்பதை நினைவில் கொள்ள வேண்டும். (முனைப்பான மூன்றாம் நிலை மேகத்தில் 25—30% ல்) மேலும் மேகநோய் இல்லாதவர்களில் இரத்தப் பரிசோதனை நேர்மறையாக இருக்கக்கூடும். அப்படிப்பட்ட நிலைகள் **சிறப்புக்** குறிப்பிடற்ற அல்லது பொய் நேர் மறை என்படுகின்றன. ஓரளவு புதிய ஒரு விளைவான டி. பேல்லிடம் அசைவு ஒழிப்பு பிரவிதினை (டி.ப.ஐ) உண்மை மேக இரத்தப் பரிசோதனைகளை, பொய் நேர் மறைகளில் இருந்து பிரித்தறிய பெரிதும் உதவுகிறது. இந்த டி.ப.ஐ. பிரதிவினை மேக நோயில்லாதவர்களில் எப்பொழுதும் நேர்மறையாக இருப்பதில்லை என்பது கண்கூடாகும்.

மேக நோய் சிகிச்சை

மேகநோய் என நிர்ணயமானவுடன் துரிதமாக சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும். (நோயின் துவக்க முனைப்பு நிலையில் 24 மணி நேரத்தில்) எவ்வளவு துரிதமாக சிகிச்சை அளிக்கப்படுகின்றதோ, அந்த அளவுக்கு சிகிச்சை வெற்றியடையும் வாய்ப்புகள் உள்ளன.

இடை வெளி விட்டு பல கட்டங்களில் மேக நோய்க்கு சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. இடைவெளியின் போது சிகிச்சையிலிருந்து நோயாளிக்கு ஓய்வளிக்கப்படுகிறது. அந்நேரம் மேக எதிர் மருத்துகள், உடலிலிருந்து வெளியேற்றப்படுகின்றன. அத்தகைய சிகிச்சையை ''நாட்பட்ட இடைவெளிவிட்ட சிகிச்சை'' என அழைக்கிறோம்.

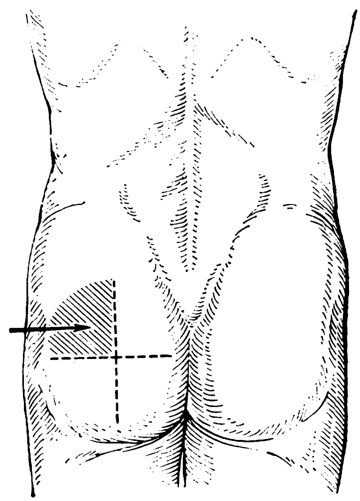
ஒவ்வொரு கேசுக்கான சிகிச்சை முறை டாக்டரால் நிர்ணயிக்கப்படுகிறது. மேக நோய் சிகிச்சையில் மீண்டும் மீண்டும் கொடுக்கப்படும் பெனிசிலின் (நீரில் கரையும் அல்லது நீண்ட நாள் செயல்படும்) அடங்குகிறது. அல்லது பெனிசிலினும் பிஸ்மத்தும் மாற்றி மாற்றி கொடுக்கப்படுகிறது. ஆர்சனிச் மருந்துகள் (நியோ ஆர்ஸ்பினமான், சல்ஃபார்ஸ்மினமின், அசெடார்சான்) மற்றும் காதாரச மருந்துகள் (மேக நோயின் பிந்திய நிலையில் தேய்க்கப்படும் நீலக் களிம்பைத் தவிர்த்து) ஆகியவற்றை அவையுண்டாக்கும் பக்கவிளைவுகள், சிக்கல்கள் காரணமாக சமீப காலத்தில் மேகநோயை குணப்படுத்த அரிதாகவே பயன்படுத்துகின்றனர். மேக நோயின் பிந்தைய நிலைகளில் சிகிச்சைக்காலங்களின் இடைவேளையின் அயோடின் தயாரிப்புகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. நோயாளியின் உடலமைப்பின் தனிப்பட்ட கூறுகளையும் நோயின் நிலையையும் போக்கையும் பொறுத்து சிகிச்சை காலங்களின் எண்ணிக்கை அமைகிறது.

மேக நோய் சிகிச்சையின் தலையாய மருந்து பெனிசிலின் ஆகும். ஏனெனில் மற்ற எல்லா எதிர் மருந்துகளையும் விட டி. பேல்லிடம் கிருமியின் மேல், பெனிசிலின், சக்தி வாய்ந்த விளைவை ஏற்படுத்துகிறது. மேக நோயின் உள்மறைநிலையை விட, முனைப்பான நிலைகளில் அதன் விளைவு சிறப்பாக உள்ளது.

ஒவ்வொரு மூன்று மணி நேரத்திற்கு ஒரு முறை தினமும், வேளைக்கு 50,000 அலகுகள் என்ற அளவில் நீரில் கரையும் பெனிசிலினை தசை ஊசியாகச் செலுத்த வேண்டும். வெளி நோயாளிகளுக்கு நெடுநேரம் செயற்படும் பெனிசிலின்களான எக்மோனவோசிலின் (பென்சைல் பெனிசிலின் புரோகைன் எக்மாலின் சஸ்பென்ஷன், ஒரு டிரைபுரோடமின் சல்பேட் கரைசல்) பைசிலின் 1 (பென்சதைன் பென்சைல் பெனிசிலின்) பைசிலின் 3, பைசிலின் 4 மற்றும் பைசிலின் 5, ஆகியவை கொண்டு சிகிச்சையளிக்கப்படுகிறது. எக்மோகோவோசில்லின் தினமும் ஒரு முறை 6,00,000 அலகில் செலுத்தப்படுகிறது. பைசிலின் 1,10 நாட்களுக்கு ஒரு முறை 24,00,000 அலகில் அல்லது 6 நாட்களுக்கு ஒரு முறை 12,00,000 அலகில் தசை ஊசியாகச் செலுத்தப்படுகிறது. பைசிலின் 3, பைசிலின் 4 ஆகியவை ஐந்து நாட்களுக்கு ஒரு முறை (12,00,000 அலகில்) அல்லது எட்டு நாட்களுக்கு ஒரு முறை (24,00,000 அலகில்) தசை ஊசியாக செலுத்தப்படுகிறது. பைசிலின் 5, ஒரு வேளை அளவை (1,500,000 அலகு) 10 நாட்களுக்கு

ஒரு முறை உட்செலுத்தப்படுகிறது. ஒவ்வொரு முறையும், அதுஇரண்டு சமபாகங்களாகப் பிரிக்கப்பட்டு ஒரு பாகம் இடது பிட்டத்திலும், மற்ற பகுதியை வலது பிட்டத்திலும் செலுத்த வேண்டும்.

தசை ஊசிகள் போடும் போது (பைசிலின், பையோசினால், பிஸ்மோ வெரால் ஆகியவை) பிட்டத்தின் வெளிப் பகுதியில் ஒருநீளமான (5—6 செ. மீ) ஊசி கொண்டு போட வேண்டும். (படம் 87) தோலை இழுத்துப் பிடித்து அதனுள் ஊசியை முதலில் விருட்டென்று நுழைக்க வேண்டும். பிறகு மறுபடியும் தள்ளி, தசைகுள் செலுத்த வேண்டும். ஓரிரு நிமிடங்களுக்கு ஊசியின் வழியாக இரத்தம் வடியாமல் இருப்பதால், ஊசியை தனிஇடத்தில் ஊறுதியாகப்பிடித்துக் கொண்டு முன்பே மருந்தால் நிரப்பப்பட்ட உறிஞ்சியை அதனுடன் பொருத்த வேண்டும். பிறகு உந்து தண்டை அழுத்து வதன் மூலம் மருந்து உட்செலுத்தப்படுகிறது. ஊசி வழியாக இரத் தம் வருமானால் ஊசியை வெளியிலெடுத்து பிட்டத்தின் மேல்வெளிப்பகுதியின் மற்ற இடத்தில் ஊசியை நுழைக்க வேண்டும்.



படம் 87. தசை ஊசி போடுவதற்கான பிட்டத்தின் பகுதி

நோயாளியின் உடல் எடையைப் பொறுத்தும், நோயின் கால கட்டத்தைப் பொறுத்தும் சிகிச்சை காலத்திற்குத் தேவைப்படும் பெனிசிலின் அல்லது நெடு நேரம் செயல்படும் தயாரிப்புகளின் அளவு தீர்மானிக்கப்படுகிறது. இவ்வாறு இரத்த எதிர்மறை நிலை மேக நோயாளிக்கு கிலோ எடைக்கு 1,00,000 அலகு என்ற அளவில் பெனிசிலின் கொடுக்கப்பட வேண்டும். முதன்மை இரத்த எதிர்மறை அல்லது நேர்மறை புது மேக நோய் உள்ளவர்களுக்கு 1 கிலோ எடைக்கு 1,20,000 அலகுகள் என்ற அளவில் கொடுக்க வேண்டும். இரண்டாம் நிலை மீள் மேகம் அல்லது மூன்றாம் நிலை மேகம் அல்லது உள்ளுறுப்புக்கள் மற்றும் நரம்பு மண்டலம், ஆகியவற்றின் பிற்கால மேகம் ஆகிய நிலைகளில் எதிர் உயிர் மருந்து 1,40,000 அலகுகள்/கிலோ என்ற அளவில் கொடுக்கப்படுகிறது.

பெனிசிலின் சிகிச்சை துவங்கிய முதல் 24 மணி நேரத்தில் நோய் மிகுதியடையும் விளைவு தென்றுகிறது. உடல் வெப்ப நிலை உயருகிறது. தலைவலி மற்றும் பலவீனம், எலும்புகளிலும் மூட்டுகளிலும் வலி ஆகியவை தோன்றுகின்றன. பொரிப்புகளின் நிறம் அதி

கரித்து ஏராளமானவை தோன்றுகின்றன. நோயாளியின் உடலில் டி. பேல்லிடம் கிருமிகள் மொத்தமாக அழிக்கப்படுவதற்கு நோய் மிகுதியடையும் விளைவு, சாட்சியம் கூறுகிறது. நோயின் ஆரம்ப நிலைகளில் நோய் மிகுக்கும் விளைவைத் தவிர்க்க எதுவும் செய்யப் படுவதில்லை. ஆனால் நோயின்பிந்தைய நிலைகளில் (மூன்றாம் நிலை மேகம், நரம்பு மண்டலம் மற்றும் உள்ளுறுப்புக்களின் மேக நோய்) நோய் மிகுதியடைவதைத்தடுக்க அல்லது தணிக்க நடவடிக் கைகள் மேற்கொள்ளப்படுகின்றன. இதை மனதில் கொண்டு பிஸ் மத் தயாரிப்புகள், அயோடின் ஆகியவற்றைக் கொண்டு சிகிச்சை யைத் துவக்கி, அதன் பின்னர் பெனிசிலினைப் பயன்படுத்தலாம்.

பெனிசிலின் தாளாமையில், அவற்றிற்குப் பதிலாக எரித்ரோ மைசீனைப் பயன் படுத்தலாம். ஒரு வேளைக்கு 3,00,000 என்ற அலகில், தினமும் 5 முறை மூன்று மணி நேர இடைவெளியில், இரவு விட்டு விட்டு, ஊசியாகச் செலுத்தலாம். மொத்த அளவு 3,00,00,000 அலகுகளாகும்.

பெனிசிலின் தயாரிப்புகளோ, எரித்ரோமைசீனோ கொடுக்கப் பட முடியாத குழந்தைகளுக்கு, வாய் வழியாக ஃபீனாக்சிமீதைல் பெனிசிலின், நீரில் கரையும் பெனிசீலினைப் போல இரு மடங்கு அளவில் (1,00,000 அலகுகள் நாளில் எட்டு முறை) கொடுக்கப்பட்டு சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது.

பிஸ்மத் தயாரிப்புகள் எனும் தொகுப்பில், பை அயோசினால் (நடு நிலைப்படுத்தப் பட்ட பெர்சிக் எண்ணெயில், குவினின் பிஸ்மத் அயோடைடு 8% சஸ்பென்ஷன்) பிஸ்மோவோரால் (நடுநிலைப் படுத்தப்பட்ட பெர்சிக் எண்ணெயில் மானோபிஸ்மத் டார்டாரிக் அமிலத்தின் ஆதார பிஸ்மத் உப்பு சஸ்பென்ஷன்) மற்றும் பெண்டா பிஸ்மால் (பிஸ்மத்தின் நீரில் கரையும் தயாரிப்பு) ஆகியவை உள்ளன.

பை அயோகுவினால் ஒரு நாள் விட்டு ஒரு நாள் இரண்டு மி.லி. அளவில் அல்லது மூன்று நாள் இடைவெளி விட்டு 3 மி.லி. அளவில் (24 மணி நேரத்துக்கு 1 மி.லி.) ஊசி மூலம் செலுத்தப்பட வேண் டும். மொத்த அளவு 40—50 மி.லி. ஆகும்.

பிஸ்மோவோரால் வாரத்தில் இருமுறை, 1.5 மி.லி. அளவில் (24 மணி நேரத்திற்கு 0.5 மி.லி.) ஊசி மூலம் செலுத்தப்படுகிறது. மொத்த அளவு 20 மி.லி. ஆகும். **பெண்டாபிஸ்மால்,** ஒன்று விட்டு ஒரு நாள் 2 மி.லி. அளவில் கொடுக்கப்படுகிறது. மொத்த அளவு 40—50 மி.லி.

ஊசியோடு முன்பு, பை அயோகுவினால் அல்லது பிஸ்மோ வோரால் கொண்ட சிறு புட்டியை வெதுவெதுப்பான (40—45°செ) நீரில் வைத்து சற்று சூடுபடுத்தி, கவனமாக, ஒரேசீரான சஸ்பென் ஷன் உண்டாக்கும் வரை குலுக்க வேண்டும். மேலே விளக்கிய முறை

யில், பிஸ்மத் தயாரிப்புகளை இரண்டு நிலைகளாக புட்டத்தின் மேல் வெளிப்பகுதியில், தசை ஊசியாக செலுத்த வேண்டும்.

பொட்டாசியம் அயோடைடு அல்லது சோடிய அயோடைடு எனும் கரைசல்களாக **அயோடின் தயாரிப்புகளை** உணவுக்குப்பிறகு நாளில் மும்முறை, அரை டம்ளர்பாலில் ஒரு தேக்கரண்டி அளவு கலந்து கொடுக்கப்படுகிறது. கரைசல்களின் செறிவை 2—3—லிருந்து 7—8%—மாக, படிப்படியாக உயர்த்த வேண்டும். மூன்று முதல் 4 வாரங்களுக்கு சிகிச்சை நீடிக்கிறது.

தடுப்பு அல்லது முன்காப்பு சிகிச்சை. முனைப்பான மேக நோயால் துன்புறும் ஒருவருடன் உடலுறவு கொண்டவர்களுக்கும், நோயுற்றவரோடு அன்றாடம் நெருக்கமான தொடர்பு கொண்டவர்களுக்கும், குறிப்பாக முனைப்பான மேகநோய் மாற்றங்கள் கொண்ட பெற்றோர்களின் குழந்தைகளுக்கும், இச்சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. மருத்துவரின் உத்தரவுகளின் படி சிகிச்சை அறிவுறுத்தப்படுகிறது.

மேக எதிர் சிகிச்சை முடிவடைந்த பின், இரண்டு முதல் 10 வருடங்களுக்கு (மேக நோய்க்கு எந்த நிலையில் சிகிச்சை துவங்கப்பட்டது என்பதைப் பொறுத்து) ஒரு வெளிநோயாளிகள் சிகிச்சையகத்தின் கண்காணிப்பில் நோயாளிகள் வைக்கப்படுகிறார்கள். இக்காலகட்டத்தில் நோயாளி சிகிச்சையகத்துக்கு, மூன்று முதல் ஆறு மாதங்களுக்கு ஒரு முறை, மருத்துவப் பரிசோதனைக்காகவும், இரத்தப் பரிசோதனைகளுக்காகவும், சென்று பார்த்துவர வேண்டும். குறிப்பிட்ட காலம் முடிந்த பிறகு அவனை அல்லது அவளை கண்காணிப்புப்பிரிவிலிருந்து எடுத்து விடலாமா என முடிவு செய்ய, அவன் அவள், கவனமான முழுமையான சிகிச்சையக, ஆய்வக சோதனைகளுக்கு உட்படுத்தப்பட வேண்டும்.

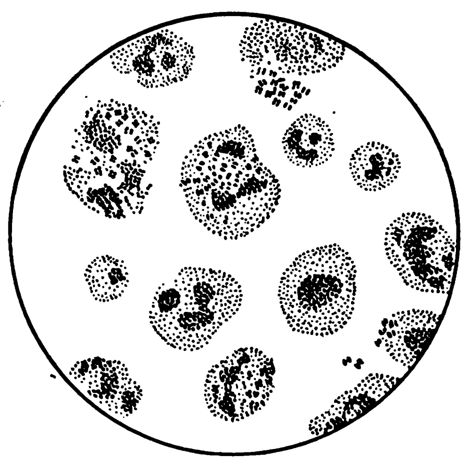
மேக எதிர் சிகிச்சையின் போது சிக்கல்கள் பென்சிலின் தயாரிப்புகள் ஒவ்வாமை விளைவுகளைத் தூண்டக் கூடும். (மிகு உணர்வு விளைவுத்தாக்கம், நச்சுத்தோல், திடீர் வீக்கம், பல்வகைப்பொரிப்புகள்) மிக்க நச்சு அறிகுறிகள் தோன்றக் கூடும். (தலைவலி, குருவியாக்கக் கோளாறுகள்) உருள் நுண்ணுயிர்கள் மற்றும் எஸ்செரியாகோலை ஆகியவற்றின் இயக்கத்தைத் தடுப்பதன் மூலம், கான்டிடா நோய் தோன்ற வாய்ப்புண்டாகிறது. பிஸ்மத் தயாரிப்புகள், சிறுநீரகச் சிக்கல்களைத் தோற்றுவிக்கக்கூடும். (சிறுநீரில் பிஸ்மத் அணுக்கள், புரதம் மற்றும் வடிவப்பதிவங்கள் தோன்றுதல்). வாயின் சிலேட்டுமப்படலம் உறுத்தப்படக் கூடும் (ஈறு அழற்சி, வாயழற்சி, ''பிஸ்மத்விளிம்பு''). அயோடின் தயாரிப்புகள், நாசியழற்சி மற்றும் விழி வெண்படல அழற்சி, அயோடின் முகப் பருக்கள் ஆகியவற்றை உண்டாக்கக்கூடும்.

சிக்கல்களைத் தடுப்பதற்கு மேக எதிர் சிகிச்சைக்கு முன்பு நோயாளிகளை கவனமாகப் பரிசோதிப்பதும், எதிர் உயிர் மருந்து

களை அவர்கள் தாங்கிக் கொள்வார்களா என்பதைத் தெரிந்து கொள்ள அவர்களது மருத்துவ வரலாற்றை கவனமாக ஆராய்வதும், சிகிச்சையின் போது அவர்கள் மருந்துகளை எவ்விதம் ஏற்றுக் கொள்கிறார்கள் என்பதைக் கண்காணிப்பதும், மிகவும் முக்கியமாகும். நோயாளிகள், ஒரு ஒழுங்கான நடைமுறையைப் பின்பற்றுவதோடு, வைட்டமின்கள் கொண்ட, அதிகக் கலோரி உணவைப் பயன்படுத்துவதோடு பற்களையும், ஈறுகளையும் கவனமாகப் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும்.

வெட்டை நோய் (கொனேரியா)

கொனேரியா எனப்படும் வெட்டை நோய், மனிதர்களில் சிறுநீர்செனிப்பி உறுப்புக்களை அதிக அளவில் முக்கியமாக பாதிக்கக் கூடிய ஒரு தொற்று நோயாகும். நோய்த்தொற்று, வழக்கமாகக் கலவியின் போது ஒருவரிடமிருந்து மற்றவர்களுக்குப் பரவுகிறது. சிறுமியரில், பிறப்புறுப்பு தவிர்த்த பாதைகளின் மூலமே இந்நோய் பரவுகிறது, 1879—ல் கண்டுபிடிக்கப்பட்ட கோனோகாக்கஸ் கிருமியே இந்நோய்க்குக் காரணமாகும் (படம் 88).



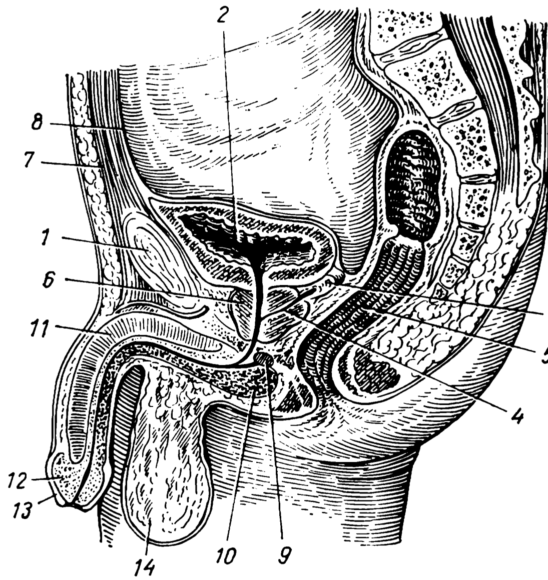
படம் 88. கோனோகாக்கஸ் கிருமிகளின் வரிசையமைப்பு (வரைபடம்)

நோய் மறை காலம் மூன்று முதல் ஐந்து நாட்களுக்கு நீடிக்கிறது. ஆனால் சில போது இரண்டு முதல் 3 வாரங்களுக்கு நீடிக்கக்கூடும். மூட்டுகளும், இருதயமும் பாதிக்கப்பட்டு, சில சமயங்களில் சீழ் தாக்கம் ஏற்படவும் கூடும். பெரும்பாலானவர்களில் சிறுநீர்பிறப்பு உறுப்புகளின் சிலேட்டுமப் படலங்களை மட்டும் இது பாதிக்கிறது என்ற போதிலும், கொனேரியா முழு உடலிலும் பாதிப்பு ஏற்படுத்தவல்ல ஒரு பொதுத் தொற்று நோயாகும். வெட்டை விழி வெண்படல அழற்சி (இமை இணைப்படல அழற்சி), கைகளால் சீழ்நோய் தொற்று கண்களில் ஏற்படும் போது அல்லது நோய்வாய்பட்ட தாயின் பிறப்புறுப்புப் பாதையில் குழந்தைக்கு நோய்த் தொற்று ஏற்படக்கூடும்.

நோயுற்ற பெண்ணுடனான கலவியின் போது ஆணுக்கு நோய் தொற்றுகிறது. சிறுநீர்த் தாரையின் முற்பகுதியைப் பாதிப்பதன் மூலம் நோய் (தீவிர தாரையழற்சி) துவங்குகிறது. **வெட்டை முன் தாரை அழற்சி.** நோய் மறைகாலம் முடிந்தவுடன் சிறுநீர்த்தாரையில் அரிப்பும், எரிச்சலும் தோன்றி சிறுநீர் பிரிவது வலிநிறைத்ததாயுள்ளது. சிறுநீர்த்தாரையிலிருந்து மஞ்சளும் பச்சையுமான சீழ் வெளிவருவதோடு, தாரைத் துளையைச் சுற்றிலும் சிவந்த நிறத்துடன் வீக்கமும் தோன்றுகின்றன. சிகிச்சை அளிக்கப்படா விடில், இரண்டு மூன்று வாரங்களில், சிறுநீர்தாரையின் பின்பகுதிக்கும் பரவி **வெட்டைப் பின் தாரை அழற்சி** உண்டாகிறது. அடிக்கடி சிறுநீர் கழிக்க வேண்டும் என்னும் வலியோடு கூடிய உந்தலும், சிறுநீர் கழித்தபின் இறுதியில் மிகுதியான வலியும், குறிப்பிடத்தக்கதாயுள்ளதோடு, சிறுநீரில் கடைசி சிறுதுளிகள், இரத்தச் சாயையுடன் வருகின்றன. தாரையின் முன் பகுதியிலிருந்து, பின்பகுதி ஒரு சுருக்குதசையால் பிரிக்கப்பட்டுள்ளது. எனவே தான், முன்பகுதியிலிருந்து, பின்பகுதிக்குள் சில காலத்திற்கு சீழ் நுழைவதில்லை. இருகல (கண்ணாடி) சிறுநீர் சோதனை இதனடிப்படையில் அமைந்ததாகும். நோயாளி, ஒரு கண்ணாடிக்கலங்களில் சிறுநீர் கழிக்கிறார். முன் தாரை அழற்சியில் சீழ் கலந்துள்ளதால், முன்கலந்துள்ளதால், முன் கலத்தில் மட்டும் சிறுநீர் கலங்கலாக உள்ளது. பின் தாரையழற்சியில், இரு கலங்களிலும் சிறுநீர் கலங்கலாக உள்ளது.

தீவிர தாரை அழற்சிக்கு சிகிச்சையளிக்கப்படாவிட்டால், அழற்சி நிலை தணிந்து, காலை நேரங்களில் தாரையிலிருந்து ஒரு சொட்டு சீதச் சீழ் வெளிப்பாட்டைக் காண்பதோடு, அதில் சிறிது அரிப்பையும், எரிச்சலையும் உணருகிறார். இது **நாட்பட்ட வெட்டை தாரை அழற்சியாகும்.** இந்நோயில் இருகலச் சோதனையின் போது முதல் பகுதியில் சீழ் இழைகளும், சிம்புகளும் காணப்படுகின்றன. இரண்டாம் பகுதி சிறுநீர் தெளிவாக இருக்கிறது. மதுவும், பாலினப்புணர்ச்சியும் நாட்பட்ட வெட்டைத்தாரை அழற்சியை அடிக்கடி அதிகத் தீவிரமானதாகச் செய்கின்றன. சிறுநீர் கழித்தல் வலியுடன் இருப்பதோடு, சீழும் வெளிப்படுகிறது. சிறுநீர் கலங்கி இருக்கிறது. பின் தாரை அழற்சியைப் போல்நாட்பட்ட தாரை அழற்சி, பெரும்பாலும் புராஸ்டேட் மற்றும் விரைமேல் நாளம், விந்துப்பை ஆகியவற்றின் அழற்சியில் முடிகிறது. (படம் 89)

முனைப்பற்ற புதிய வெட்டை நோயில், துவக்கத்திலிருந்தே மிதமான அழற்சி அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன. சிறுநீர்த்தாரையிலிருந்து சீதச் சீழ் அல்லது சீத வெளிப்பாடு மிகக்குறைவாயுள்ளது, சிறுநீர் கழிப்பு வலியற்று அல்லது குறைந்த வலியுடன் காணப்படு



படம் 89. ஆணின் சிறுநீர் பிறப்பு உறுப்புக்கள்
1. பூப்பிணைப்பு; 2. சிறுநீர்ப்பை; 3. விந்துப்பை; 4. வெளியேற்று நாளம்; 5. மலக்குடல்; 6. புராஸ்டேட்; 7. வயிற்றுச் சுவர்; 8. வயிற்றுள்ளுறை (பெரிடைானியம்); 9. கௌப்பர் சுரப்பி; 10—12. தாரை மற்றும் சுண்ணியின் குடைவுப் பிழம்புகள்; 13. முன்தோல்; 14. விரைப்பை

கிறது. முதல் பகுதியில் சிறுநீர் சிறிது கலங்கலாயும், இரண்டாவதில் சிறுநீர் தெளிவாகவும் இருக்கின்றன. கோனோக்காக்கசு கிருமியின் மாறிய தன்மைகளும், நோயாளியின் உடலமைப்பில் எதிர் செயலாற்றல் குறைந்து இருப்பதும், வெட்டை நோயின் இம்மாதிரிப்போக்குக்கு விளக்கமாக அமைகிறது. முனைப்பற்ற புதிய வெட்டை நோய், நோய்பரவியல் கண்ணோட்டத்தில் மிக முக்கியமானது. ஏனெனில் நோய் தொற்றியவர்கள், தங்களுக்கு நோயிருப்பதை உணராது உடலுறவு வாழ்க்கையைத் தொடருவதால், பெண்களுக்கு நோய்த் தொற்று உண்டாகிறது.

சரியற்ற சிகிச்சை, மற்றும் சிகிச்சை அளிக்காது இருப்பது, மது, (உடனுள்ள மற்ற வியாதிகளால்) எதிர்ப்பு சக்தி குறைவது, பாலின் கிளர்ச்சிநிலை போன்றவற்றால் சிக்கலான வெட்டை நோய் தோன்றலாம். **ஆண்களில் வெட்டை நோயின் சிக்கல்களாவன** வெட்டை நோய்புராஸ்டேப் அழற்சி, விரைமேல் நாள அழற்சி, விந்துப்பை அழற்சி முதலியன.

புராஸ்டேட்டின் வெட்டை நோய் அழற்சி. புராஸ்டேட்டின் அழற்சி தீவிரமானதாகவோ, நாட்பட்டோ இருக்கலாம். சுரப்பியின் வெளி யேற்று நாளங்களில் நோய் மாற்றம் நிகழும் போது, நீர் கொள் புராஸ்டேட் அழற்சி தோன்றுகிறது. தனித்தனியான படலங்கள் பாதிக்கப்படும் போது, புராஸ்டேட்டின் கொப்புள அழற்சி தோன்று கிறது. சுரப்பியின் எல்லாத் திசுக்களும் பாதிக்கப்படும் போது புராஸ்டேட்டின் பருப்பொருள் அழற்சி தோன்றுகிறது. புராஸ்டேட் சுரப்பி அல்லது (அதன் மடல்கள்) அளவில் பெரிதாகிறது. அப் போது தொடு நோவு ஏற்பட்டு, மலங்கழிக்கும் போது இனந்தெரியா உணர்வும், வலியும் உண்டாகிறது. நோயாளி அடிக்கடி சிறுநீர் கழிக்க வேண்டிய அவசியத்தை உணருகிறார்.

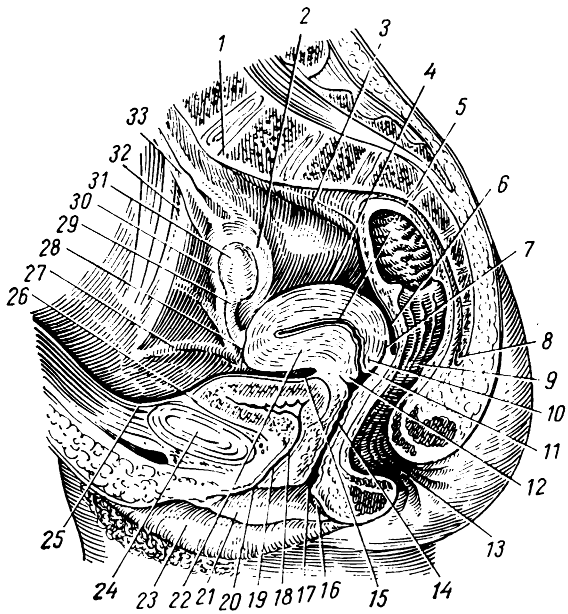
விரைமேல் நாள வெட்டை அழற்சி. இங்கு, விரையில் வலி தோன்று கிறது. விரைமேல் நாளம் பெரிதடைந்து, தடித்து, தொடு நோவு டன் காணப்படுகிறது. விரைப்பை தோல் சிவந்தும் வீங்கியும் காணப் படுகிறது. விரைமேல் நாள அழற்சியால், வெளிச்செல் நாளங்களில் அடைப்பு ஏற்படக்கூடும். இருபுற விரைமேல் நாள அழற்சியில் மலட்டுத்தன்மை உண்டாகலாம்.

வெட்டைப்பை அழற்சி. விந்துப் பைகளின் அழற்சி, பொதுவாக, புராஸ்டேட் அழற்சி, மற்றும் விரைமேல் நாள அழற்சியுடன் சேர்ந்தே காணப்படுகிறது.

பெண்களில் வெட்டை நோய்

பெண்களில், வெட்டை நோயுண்டாகும் தானுணர்குறிகள் மித மானவை. எனவே வெகு நாட்களுக்கு தங்களுக்கு நோயிருப்பதை அவர்கள் உணர முடிவதில்லையாதலால், மருத்துவ அறிவுரையை அவர்கள் நாடுவதில்லை. பொதுவாக, இந்நோயில் ஒரே நேரத்தில் பல்வேறு உறுப்புக்களில் மாற்றங்கள் உண்டாகின்றன: கருப்பையின் கழுத்து, சிறுநீர்த்தாரை, பார்த்தோலின் சுரப்பிகள் (படம் 90). இந்த மாதிரி நிலைகளில், இதற்கு **சிக்கலில்லா வெட்டை நோய்** எனப் பெயர். அழற்சி, கருப்பைக் குழிவறை மற்றும் அதன் மற்ற உறுப்புக் கள், சிற்றிடையின் பெரிடோனியப் பகுதி, கருப்பையின் வெளிக் கொழுப்பு ஆகியவற்றுக்குப் பரவும் போது, அவை **மேலேறும் வெட்டை** என அழைக்கின்றனர்.

வெட்டைநோயில் கருப்பையின் கழுத்தில் ஏற்படும் அழற்சிக்கு, **உட்கழுத்து வெட்டை அழற்சி** எனப் பெயர். முனைப்பான அல்லது நாட்பட்ட அல்லது புதுமுனைப்பற்ற வெட்டை நோய் போன்ற வற்றில் துன்புறும் பெண்களில், உட்கழுத்து அழற்சி எப்போதும் காணப்படுகிறது. கருப்பைக் கழுத்து வீங்கி, சிவப்பாகக் காணப்படு கிறது. கருப்பைத் திறப்பைச் சுற்றி ஒளிச் சிவப்பு அரிப்புக் கீற்று



படம் 90. பெண்ணின் பிறப்புறுப்புக்கள்

1. திரிகப் புடைப்பு; 2, 30. கருப்பைக் குழல்; 3. வயிற்றுள்ளுறை; 4, 22, 28. கருப்பை; 5. கருப்பை உள் திறப்பு; 6, 15. டக்ளஸ் வெளிகள்; 7. பின்வளைவு; 8. புச்ச எலும்பு; 9. மலக்குடல்; 10, 12. கருப்பைக் கழுத்து; 13. குதம்; 14. யோனி; 16, 17. யோனிச்சவ்வும் யோனிநுழைவாயிலும்; 18, 19, 20. சிறுநீர்த்தாரை; 21. சிற்றிதழ்; 23. பேரிதழ்; 24. பூப்பிணைப்பு; 25. தொப்புள் பந்தகம்; 26. சிறுநீர்ப்பை; 27, 29, 33. கருப்பைப் பந்தகங்கள்; 31. கருவகங்கள்; 32. இலியாக் சிரை

கள் தோன்றி, திறப்பின் வழியாக சீதச் சீழ்ப் பொருள் வெளிப்படுகிறது. நோயாளிகள் சில போது சிற்றிடையிலும், சிறு முதுகிலும் வலி இருப்பதாகச் சொல்கிறார்கள். ஆனால் பெரும்பாலோரில் எந்தக் குறையுமிருப்பதில்லை.

பெண்களில் **வெட்டைத்தாரையழற்சியின்** போது தாரைத் துளையைச் சுற்றி வீக்கத்துடன் கூடிய சிவந்த நிலை குறிப்பிடத் தக்கதாயுள்ளன. தாரையிலிருந்து சீழ் வெளிப்படுகிறது. சிறுநீர் பிரியும் போது வலியும், எரிச்சலும் குறைவாகவே உள்ளன.

பார்த்தோலின் வெட்டை அழற்சியில் சுரப்பி நாளங்களின் திறப்புகள் மட்டுமே பாதிக்கப்படுகின்றன, அல்லது சுரப்பியின் உடற்பகுதியும் நாளங்களுமே பாதிக்கப்படுகின்றன. (பார்த் தோலின்

...ளர் டென்மார்க்கைச் சேர்ந்த உடற்கூறு இயலாளர். பொ-ர்).

மலக்குடல் வெட்டை அழற்சி. பெண்களில், யோனியிலிருந்து குதத் திற்கு சீழ் செல்வதால், இந்நோய் உண்டாகிறது.

மேலேறும் வெட்டை நோய். சிகிச்சை அளிக்கப்படாவிடினும், சரி யற்ற சிகிச்சையின் போதும், இந்நிலை உண்டாகிறது. நோய் தோன்ற சாதகமான அம்சங்களாவன: பாலினப் புணர்ச்சி, மது அருந்துதல், எதிர்ப்பு சக்தி குறைவு, மாதப் போக்கு காலம் முத லியன. காய்ச்சல் மற்றும் கீழ் வயிறு, சிறு முதுகில் வலி, கருப்பைக் கழுத்திலிருந்து மிகையான சுரப்பு ஆகியவை தோன்றுகின்றன. இடுப்புப்பெரிடோனியம் உறுத்தலடையும் போது (கருப்பையின் துணை உறுப்புக்களின் அழற்சியின் போது) மேற்கூறிய அறிகுறி களுடன், குமட்டல் மற்றும் வாந்தி மலச்சிக்கல், வயிற்றுத்தசைகளின் இறுக்கம் ஆகியவையும் தோன்றுகின்றன.

சிறுமியரில் வெட்டை நோய். நோயுற்ற பெண்களோடு ஒரே படுக் கையில் படுத்துத் தூங்கும் போதும், பொது அறைப்பானை மற்றும் உள்ளாடை, ஸ்பாஞ்சு ஆகியவற்றைப் பகிர்ந்து கொள்ளும் போதும், பிறப்புறுப்பு தவிர்த்த பாதை வழியாக, சிறுமியருக்கு இந்நோய் பரவுகிறது. சிறுநீர்த்தாரை, மற்றும் யோனியின் நுழைவுப் பாதை, யோனி ஆகியவை பெருமளவில் பாதிக்கப் படுகின்றன. (அல்குல்— யோனி வெட்டை அழற்சி) மலக்குடலின் சிலேட்டுமப்படலமும் அடிக்கடி பாதிக்கப்படுகிறது. (குடல் வெட்டை அழற்சி) உட்கழுத் தழற்சியும், மேலேறும் வெட்டையும் சிறுமியரில் அரிதாகக் காணப் படுகின்றன. ஓரளவு திரவ வெளிப்பாடு மற்றும் மிதமான சிவப்பு நிறம், வீக்கம், ஓரளவான அகவய உணர்வுகள் ஆகியவை முனைப் பற்ற புது வெட்டைநோயின் பிரதானமாகக் காணப்படுகின்றன. குழந்தைகளின் நோய்த்தொற்றுகள், நீர்கோப்பு ஆகியவற்றால் சிறிது கால தீவிர மிகைப்புகள் தோன்றுகின்றன.

ஆண்களில் சோதனைப் பொருள் சேகரிப்பும் பூச்சுகளைத் தயாரிப்பதும்

தீவிர அழற்சியில் (சிறுநீர் தாரை மற்றும் புராஸ்ட்டேட்டின் அழற்சி) தாராளமாக வடியும் சுரப்பை, பரிசோதிக்க வேண்டும். மற்றவற்றில், நீர்தாரையின் ஆழ்ந்த அடுக்குகள் மற்றும் விந்துப் பைகள், புராஸ்ட்டேட் ஆகியவற்றிலிருந்து, சிறப்பு கையாளல்கள் மூலம் சோதனைப் பொருள் பெறப்படுகிறது.

சிறுநீர்த் தாரையிலிருந்து பூச்சுகள். தீவிர தாரை அழற்சியில், தாரை யிலிருந்து வெளி வரும் முதல் சொட்டை, ஒரு சுத்தமான துணிக் குச்சி கொண்டு நீக்கி, சீழ் வடிவை ஒரு கண்ணாடிச் சில்லின் மூனை யைக் கொண்டு எடுக்க வேண்டும். வெளிப்பாடு கொண்ட சில்லை

ஒரு முறை (ஒரே திசையில்) மற்றொரு சுத்தமான கண்ணாடிச்சில்லின் மேல் தேய்ப்பதன் மூலம் பூச்சைத் தயாரிக்கலாம். நுண்ணோக்கி சோதனைக்கு எளிதான ஒரு நுண்ணிய பூச்சைத் தயாரிப்பதற்கு ஆய்வுப்பொருள் கொண்ட சில்லை, சுத்தமான சில்லுக்கு 30—40° கோணத்தில் வைத்து அதை ஓரம் கொண்டு நெருக்கமாகத் தொட வேண்டும். திரவ சுரப்பே இல்லாத போது, நோயாளி சிறுநீர் கழிப்பதற்கு முன்பு அல்லது காலையில், அதைச் சேகரிப்பது நல்லது. ஆண்குறி முகையை மெதுவாக அழுத்தி, தாரை அடங்கல்களை கவனமாகப் பிசைந்து வெளியேற்ற வேண்டும். சில போது தாரையிலிருந்து திரவவெளிப்பாடு எதுவுமில்லாத போது, ஒரு பிளாட்டின வளையத்தைக் கொண்டு (ஏற்கனவே தீச்சுவாலையில் காட்டப் பட்டு, குளிரவைக்கப்பட்டிருக்க வேண்டும்) தாரை சிலேட்டும்படலத்திலிருந்து சுரண்டல்களைத் திரட்டி, தாரைக்குள் 2—4 செ. மீ தூரத்திற்கு கவனமாகச் செருக வேண்டும். சிலேட்டுமப்படலத்திற்கு ஊறு நேராத வகையில் கவனமாக சுரண்ட வேண்டும். (பிளாட்டினக் கம்பியின் முனையில் கூர்மையான துருத்தல்கள் எதுவுமிருக்கக் கூடாது)பிளாட்டின வளையத்தின் மேலுள்ள பொருளை ஒரு கண்ணாடிச்சில்லுக்கு மாற்ற வேண்டும்.

தாரைச் சுரப்பிகள் மற்றும் புரைகளிலிருந்து பூச்சுகள். சிறுநீர்ப்பையில் சிறுநீர் எதுவுமிருக்கக்கூடாது. (நன்கு கொதிக்க வைக்கப் பட்ட வெந்நீர் அல்லது 1:6000 ஆக்சிஜையனைட் கரைசல், 50 மி.லி. உட்செலுத்தப்பட வேண்டும்) பிறகு நேரான ஒரு புழைத் தண்டு கொண்டு தாரையை முதற்கட்டமாக பிடித்து விட வேண்டும். புழைத் தண்டு உள்ளிருக்க, தாரையை 3—5 நிமிடங்களுக்கு பிசைந்து விட்டபிறகு, ஒரு பிளாட்டினம் வளையத்தைக் கொண்டு அதை மெதுவாகச் சுரண்ட வேண்டும். (மேலே பார்க்கவும்) அல்லது வெளிப்படும் கழுவல்களிலிருந்து இழைகளையும் வளையங்களையும் திரட்ட வேண்டும்.

புராஸ்டேட் சுரப்பைத் திரட்டுதல். முழங்கைகளை மேசையின் மேல் ஊன்றிக் கொண்டு, வளைந்த நிலையில் நோயாளி நிற்க வேண்டும். பரிசோதிப்பவரின் விரல்களில் மேல் உட்கார்ந்து இருப்பது போன்ற நிலையில், விரலைக் கொண்டு புராஸ்டேட்டைப் பிசைந்து விட வேண்டும். (இதற்கு முன்பாக சிறுநீர்பையைக் காலி செய்து, பிறகு சூடாக கொதிக்க வைக்கப்பட்ட தண் ணீர் அல்லது 1:6000 பாதரச ஆக்சிசையனைட் கரைசலில் 50 மி.லி. கொண்டு அதை நிரப்ப வேண்டும்) பல நிற மணி போன்ற நிறத்தில் ஒரு சொட்டு வெளித் தாரைத்துளையிலிருந்து வெளிப்படுகிறது. அதை டாக்டர் அல்லது செவிலியர், கண்ணாடிச் சில்லொன்றில் வைத்து, ஒரு மூடு கண்ணாடி கொண்டு மூட வேண்டும். சொட்டு வெளிப்படவில்லையெனில் நோயாளியிலிருந்து வெளிப்படுத்தப்படும் கழுவலின் படிவைச்

சோதிக்க வேண்டும். (இதற்காகக் கழுவலை, மையம்விட்டோடியில் (சென்ட்ரிபூஜ்) வைத்து சுழற்ற வேண்டும்.)

பெண்களில் மாதிரியைத் திரட்டல்

யோனிப்பூச்சுகளை, தொற்றகற்றிய குறட்டின் தகடு கொண்டு அல்லது ஒரு உலோகக் கரண்டி கொண்டு திரட்ட வேண்டும். ஒவ்வொரு இடத்துக்கும் தனித்தனியான கரண்டியைப் பயன்படுத்த வேண்டும். பூச்சுகளை எடுப்பதற்கு முன்பு, சிறுநீர்பையை காலி செய்யாமலிருக்கும்படி நோயாளியைக் கேட்டுக் கொள்ள வேண்டும். தாரையிலிருந்து முதலில் ஒரு பூச்சு சேகரிக்கப்படுகிறது. இடது கை விரல்களைக் கொண்டு, பிறப்புறுப்புக்களின் இதழ்களை விலக்கி தாரைத் துளையை வெளிப்படுத்த வேண்டும். அதனின்று வரும் வெளிப்பாட்டை, மேலே குறிப்பிட்ட கருவி கொண்டு திரட்டி ஒரு சுத்தமான கண்ணாடிச் சில்லின் மேல் வைக்க வேண்டும். சில சமயங்களில் நாட்பட்ட தாரை அழற்சியில், தாரையை கவனமாகவும், மென்மையாகவும் அடிப்புறமிருந்து பிசைந்து வெளிப்பாட்டை அழுத்தி வெளியெடுக்க வேண்டும். கஸ்கோ உட்காட்டி அல்லது உதவியாளர் ஒருவர் இருப்பின், இரண்டு சிம் உட்காட்டிகளை யோனிக்குள் நுழைத்து கருப்பைக் கழுத்தை வெளிக்காட்ட வேண்டும். அதன் வெளிப்பாட்டை, ஒரு தொற்றறுகருவி கொண்டு திரட்டி, ஒரு மெல்லிய படலமாக இரண்டு கண்ணாடி சில்களில் இருத்த வேண்டும். அதன் பின், யோனியின் பின் வளைவிலிருந்து மாதிரிப் பொருளை மற்றொரு கருவி கொண்டு திரட்டி, இந்தக் கண்ணாடிச் சில்களிலேயே வைக்க வேண்டும். சில்லிலுள்ள மாதிரிப் பொருட்களை எழுத்துக்களால் குறிக்கலாம். தா (தாரை) க (கழுத்து) யோ (யோனி). பூச்சுகளை இரண்டு கண்ணாடிச்சில்களில் தயாரிக்க வேண்டும். ஏனெனில் இரண்டு வெவ்வேறு வகை சாயமேற்று முறைகள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. ஒரே கண்ணாடிச் சில்லை எல்லாப் பூச்சுகளுக்கும் பயன்படுத்துவதாயின் இவற்றை, ஒவ்வொன்றும், மற்றதிலிருந்து சிறிது தூரத்தில் இருக்குமாறு குறிப்பிட்ட வரிசையில் வைத்து, ஒவ்வொன்றிற்கும் பொருத்தமான குறியீட்டை இட நெருப்புச் சுவாலையில் காட்ட வேண்டும். பிறகு பூச்சுகளை ஆய்வகத்துக்கு உரிய குறிப்புடன் அனுப்ப வேண்டும்.

வெட்டை நோய்க்கான சிகிச்சை

எதிர் உயிர் மருந்துகள். வெட்டை நோயின் பொதுவான சிகிச்சையில் இவை முக்கியமானவையாகும். நீரில் கரையும் **பெனிசிலின்** (2,00,000 அலகுகள்) மூன்று முதல் 4 மணிக்கு ஒரு முறை. எக்

மோனோவோசில்லின் (6,00,000 அலகுகள்) பத்து முதல் 12 மணிக்கு ஒரு முறை. பைசில்லின்—1, அல்லது பைசில்லின்—3, 12,00,000 அலகுகள் (ஒவ்வொரு பிட்டத்திலும் 6,00,000 அலகுகள்) ஊசி மூலம் செலுத்தப்பட வேண்டும். சிக்கலற்ற தீவிர வெட்டைநோய்க்கு மொத்த பெனிஸிசின் அளவு 20,00,000 அலகுகளும், சிக்கலான தீவிர வெட்டை, மற்றும் முனைப்பற்ற புதுவெட்டை, நாட்பட்ட வெட்டை நோய் ஆகியவற்றிற்கு அதிகமான அளவிலும் கொடுக்க வேண்டும். நோயாளியின் இரத்தத்துடனேயே, பெனிசிலினை ஊசி மூலம் செலுத்தலாம். (பெனிசிலின் 5,00,000 அலகுகள் ஒரு மி.லி. இயங்கியல் உப்புக் கரைசலில் கரைக்கப்பட்டு, நோயாளியிடமிருந்து சேகரிக்கப்பட்ட 5 மி.லி. இரத்தத்தையும் கலந்து கலவையை பிட்டத்தினுள் தசை ஊசியாகச் செலுத்த வேண்டும்).

ஸ்ட்ரேப்டோமைசின். 0.5 கிராம் அளவில் தினமும் இரு முறையாக தசை ஊசியாகச் செலுத்தப்பட வேண்டும். (சிக்கலற்ற திடீர் வெட்டைக்கு மொத்த அளவு 1.0கி. மற்ற வகைகளுக்கு 2—4 கிராம்) **குளோரம்பெனிகால்** தினமும் நான்கு முறை 0.5 கிராம் அளவில் கொடுக்கப்பட வேண்டும். சிக்கலற்ற திடீர் வெட்டை நோய்க்கு மொத்த அளவு 5கி. மற்றவகைகளுக்கு 6—7கி. **குளோர் டெட்ராசைக்கிளின் ஹைட்ரோகுளோரைடு** (பையோமைசின்) **டெட்ரா சைக்ளீன், ஆக்ஸிடெட்ராசைக்கிளின்ஹைட்ரேட்** ஆகியவற்றை தினமும் 5 முறை 0.5 கிராம் அளவில் கொடுக்கப்பட வேண்டும். (சிக்கலற்ற தீவிர வெட்டை நோய்க்கு 3—4கி. மற்றவகைகளுக்கு 5—7கி).

பீனாக்சிமீதைல் பெனிசிலின் 2,00,000 அலகில் தினமும் 6 தடவை உணவுக்கு ஒரு மணி நேரம் முன்பு கொடுக்கப்படுகிறது. (மொத்த அளவு 40,00,000—80,00,000 அலகுகள்) **ஒலிடெட்ரின்** 1 பாகம் ஒலியாண்டோமையீன் பாஸ்பேட்டும், இரண்டு பாகங்கள் டெட்ரா சைக்ளினும் சேர்ந்த தயாரிப்பில் 15,00,000 அலகுகள் முதல் நாள் கொடுக்கப் பட வேண்டும். (முதல் முறை 5,00,000 அலகுகளும், பிறகு 2,50,000 அலகுகளாக நான்கு முறையும்) பின்வரும் நாட்களில் தினமும் 4 முறை 2,50,000 அலகுகள் என்ற அளவில் எடுத்துக் கொள்ளப்பட வேண்டும். மொத்த அளவு 40,00,000—70,00,000 அலகுகளாகும். **எரித்ரோமைசின்** மொத்த அளவு 60,00,000—80,00,000 அலகுகள் (4,00,000 அலகுகள் என்ற அளவில் தினமும் ஆறு தடவை இரண்டு நாட்களுக்கும் மற்ற நாட்களில் 4,00,000 அலகுகள் தினமும் 4 முறை) ஆகும். **மோனோமைசின்** மொத்த அளவு 20,00,000—30,00,000 அலகுகளாகும். (0.5% கரைசலில் 5,00,000 அலகுகள்) 12 மணி நேர இடைவெளி விட்டு, கொடுக்கப்படுகிறது.

சல்பனமைடுகள். இவை, எதிர் உயிர் மருந்துகளுடன், அல்லது எதிர் உயிர் மருந்துகள் கொடுக்கப்படக்கூடாதவர்களுக்கு தனியாக

கொடுக்கப்படுகின்றன. சல்போதியசால் மற்றும் சல்போமெதலீன் தினமும் ஐந்து முறையாக, வேளைக்கு ஒரு கிராம் அளவில், மொத்தம் 20 கிராம் கொடுக்கப்படுகின்றன.

ஏமவியல் சிகிச்சை. சிக்கலற்ற திடீர் வெட்டை தவிர மற்ற எல்லாவகை வெட்டை நோய்களுக்கும் இது அளிக்கப்படுகிறது.

துவக்கத்தில், **கோனோவாக்சின்** 200—300 மில்லியன் நுண்ணுயிருடலங்கள் என்ற அளவில் தசை ஊசியாக செலுத்தப்படுகிறது. பிறகு படிப்படியாக 100 கோடி நுண்ணுயிருடலங்கள் என்ற அளவுக்கு அதிகரிக்கப்படுகிறது. இரண்டு மூன்று நாட்கள் இடைவெளியில் 4—6 ஊசிகள் போடப்படுகின்றன.

பால்சிகிச்சை (பாலூசி போடுதல்). மூன்று முதல் 5 நாட்களுக்கு ஒரு தடவை கொடுக்கப்பட வேண்டும். சிகிச்சைக்கு 4—5 ஊசிகள் தேவைப்படுகின்றன. முதலில் 1—2 மி.லி. பாலை உட்செலுத்த வேண்டும். பிறகு ஒவ்வொரு தடவையும் 2—3 மி.லி. சேர்த்து உடலில் ஏற்படும் எதிர் விளைவுகளைப் பொறுத்து மருந்தின் அளவை 5—10 மி.லி. வரை அதிகரிக்க வேண்டும். பசுவின் புதிய பாலை சோதனைக் குழாயில் 5—10 நிமிடங்கள் கொதிக்க வைத்து ஒரு ஊசியின் வழியாக பாலை உறிஞ்சியெடுக்க வேண்டும். பிட்டத்தின் மேல் வெளிப் பகுதியின் தசைக்குள் ஊசி மூலம் பாலை செலுத்த வேண்டும்.

தன்குருதிச் சிகிச்சை. மூன்று நாட்களுக்கு ஒரு தடவை 5—10 மி.லி. குருதி அளவில் 4—6 ஊசிகள் போடப்படுகின்றன.

தலசிகிச்சை (நோயிட சிகிச்சை). சிக்கலற்ற திடீர் வெட்டை நோயில் மட்டும், இச்சிகிச்சை தேவைப்படுவதில்லை. மற்ற எல்லா வெட்டை நோய் வகைகளிலும், நோயாளிகளை குணப்படுத்துவதில் பெரும்பாலும் இது முக்கிய பங்கு வகிக்கிறது.

தாரைக்கழுவல் தாரையழற்சிக்கு சிகிச்சையளிக்க 1:10,000—1:60,000 பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கரைசல் (38—40°செ), எஸ்மார்க் பாய்ச்சியின் மூலம் பயன்படுத்தப்படுகிறது. அழற்சி மிகையாக இருந்தால், கரைசலின் செறிவு குறைவாக இருக்க வேண்டும் கண்ணாடி முனை தொற்றறுக்கப்படுகிறது. நோயாளி படுக்கையின் மேல் படுத்துள்ளார். அல்லது நின்று கொண்டிருக்கிறார். பிறப்புறுப்புக்களிலிருந்து 1—1.5 மீட்டர் உயரத்தில், பாய்ச்சி, தொடங்குகிறது. தாரைத்துளையைச் சுற்றியுள்ள தோல், மற்றும் சுண்ணி முனை, நுனித்தோல் ஆகியவை கரைசலால் நன்கு கழுவப்படுகின்றன. பாய்ச்சலின் முனையை, பிறகு, தாரைக்குள் நுழைக்க வேண்டும். தாரை நிரம்பி விரிந்து விட்டதாக நோயாளி உணரும் வரை அதற்குள் கரைசலைச் செலுத்த வேண்டும். முனையை வெளியிலெடுத்தபிறகு, கரைசல் தாரையிலிருந்து வெளிவருகிறது. அதே முறையை 10—12 தடவைகள் திரும்பச் செய்ய வேண்டும்.

முதல் சில நாட்களுக்கு தாரையின் முன்பகுதியை மட்டும் பாய்ச்சிக் கழுவ வேண்டும். கரைசலை எஸ்மார்க் பாய்ச்சி கொண்டு உட் செலுத்த வேண்டும். ஆனால் கரைசல் சிறுநீர்ப்பைக்குள் நுழையும் வரை முனையை வெளியில் எடுக்கக்கூடாது. (சிறுநீர் கழிக்க வேண்டும் என்ற உந்தல் வரும் வரை). சிறுநீர்பையை, வெளிவரும் கரைசல் கலங்கலாயில்லாமலாகுமளவுக்கு திரும்பத் திரும்ப நிரப்ப வேண்டும்.

கண்ணாடி முனை கொண்ட எஸ்மார்க் பாய்ச்சியைக் கொண்டு, **யோனியைக் கழுவ** வேண்டும். படுக்கை மட்டத்திலிருந்து 1 மீட்டர் உயரத்துக்கு மேல் போகாமல், பாய்ச்சியை வைக்க வேண்டும். நோயாளி மல்லார்ந்து படுத்துக் கொள்ள வேண்டும். இந்நிலையில் யோனிச் சுவர்களை நீண்ட நேரத்திற்கு நன்கு கழுவ முடிவதோடு கழுவல் முடிந்த பிறகு சிறிதளவு கரைசல் யோனிக்குள் தங்குகிறது. முனையை, யோனிப்பின் சுவரையொட்டிச்செருகி, அதே நேரத்தில் கரைசலை உள்ளே அனுமதித்து, பின் உச்சியில் நிறுத்தாமல் மேலே செலுத்த வேண்டும். 45°செ. அளவுக்குக் கொதிக்கும் நீர், பாய்ச்சிக் கழுவப் பயன் படுத்தும்போது, யோனிச்சுவர்களுக்கு ஊறு விளைவிப்பதில்லை எனினும் தொடைகளிலும், வெளிபிறப்புறுப்புகளிலும், தோலிலும் எரி காயத்தை உண்டாக்கக்கூடும். இதைத் தவிர்க்க வாசலினை, தோலில் பூச வேண்டும். கழுவலுக்குப் பிறகு 30 நிமிடங்களுக்குக் குறையாது, நோயாளி மல்லார்ந்து கிடக்க வேண்டும். முனையை தொற்றறுக்க வேண்டும்.

கழுவலுக்குப் பிறகு 60—90 நிமிடங்களுக்கு **யோனி அடைப்பான்களை** வைக்க வேண்டும். பஞ்சு சுற்றிய குச்சியை (பஞ்சு உருளை ஒரு பெரிய கிச்சிலிப் பழ அளவுக்கு) நீளமான முனைகளைக் கொண்ட ஒரு நூல் கொண்டு குறுக்கு வசமாகக் கட்டி பயன்படுத்தப்படுகிறது. குச்சிகளை, தொற்றொழித்து, மருந்துப் பொருளில் தோய்த்து, (சல்ஃபனிலமைடுகரைசல், மீன் எண்ணெய், கிளிசரைன் இன்னபிற) ஒரு உட்காட்டியைக் கொண்டு யோனியின் பின்னுச்சியை வெளிப்படுத்தி அதற்குள் நுழைக்க வேண்டும். விரல் அல்லது நீளமான குறடு கொண்டு பஞ்சுக் குச்சியை அழுத்திக் கொண்டு, உட்காட்டியை எடுத்து விட வேண்டும். 8—10 மணிகளுக்குப் பிறகு, யோனியிலிருந்து தொங்கும் நூலை இழுப்பதன் மூலம், பஞ்சை நோயாளி வெளியிலெடுத்து விட வேண்டும்.

முனைப்புக் குறைவான அல்லது நாட்பட்ட தாரை அழற்சியில் 0.25—1% சில்வர் நைட்ரேட் கரைசலில் 6—8 மி.லி. அல்லது 1—2% வெள்ளிப்புரதக் கரைசலை, தாரைக்குள் **உட்சொட்டுதல்** பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

உட்சொட்டியைப் பயன்படுத்த ஒரு மணி நேரத்திற்கு முன்பு, மெர்க்குரி ஆக்சிசயனைடு கரைசலில் வைத்து அல்லது பார்மால்டி

ஹைறடு ஆவிகளின் மூலம் தொற்றொழிக்க வேண்டும். அழுவைவத் தாரைச் சுருக்கி வரை செலுத்தி பிறகு மெதுவாக வெளியிலிழுக்கும் போது, தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட கரைசலை உட்சொட்டிட வேண்டும். அதனை நோயாளி, தாரையில் 2—3 நிமிடங்களுக்கு அமுக்கி வைத்துக் கொள்கிறார். இம் முறையை, இரண்டு நாட்களுக்குக் குறையாத இடைவேளைக்குப் பிறகு, மீண்டும் கையாள வேண்டும்.

புழைக்கோல் செலுத்துதல். தழும்புகளின் காரணமாக, தாரை சுருக்கமடைந்துள்ள போது, புழைக்கோல்கள் அதனுள் நுழைக்கப்படுகின்றன. தொற்றிலாச் சூழ்நிலைகளில், இம்முறையைக் கையாள வேண்டும். ஒரு அறுவை சிகிச்சைக்குத் தயார் செய்வது போன்று கருவிகளையும் கைகளையும் சுத்தம் செய்ய வேண்டும். புழைக்கோல்கள், உலோகத்தாலானவையாக அல்லது மெதுவானதாக (பட்டு அல்லது பிளாஸ்டிக்) அல்லது இணைந்தவையாக இருக்கக் கூடும். உலோகப் புழை கோல்களை, கொதிக்க வைத்துத் தொற்றறுக்க வேண்டும். பிளாஸ்டிக் கோல்களை, சோடா இல்லாத நீரில் சிறிது நேரம் கொதிக்க வைக்க வேண்டும்.

தாரைக்குள் புழைக்கோல் செலுத்துதல், ஒரு டாக்டரால் செய்யப்படுகிறது. செவிலியர், கருவிகளைச் சேமித்து தொற்றொழித்து கையாளும் போது மருத்துவருக்கு உதவி செய்வதோடு, நோயாளியின் நிலையையும் கண்காணிக்கிறார்.

தாரைக்குள் பாய்ச்சிக் கழுவுதல், உட்சொட்டுமுறை, புழைக்கோல் செலுத்துதல் ஆகியவற்றின் போது இரப்பர் கையுறைகளை அணிந்து கொள்ள வேண்டும்.

முனைப்பான புராஸ்டேட் அழற்சியிலும், விந்துப்பை அழற்சியிலும் சூடான (40—42°செ) நுண் இனீமாக்களைப் பயன்படுத்த வேண்டும். அது 10—15 நிமிடங்களுக்குச் செய்யப்படுகிறது. நோயின் நாட்பட்ட வகைகளுக்கு, பிசைந்து விடுதலையும் (மசாஜ்), மின்வெப்பமூட்டல் முறைகளையும், பயன்படுத்த வேண்டும்.

விரைமேல் நாள தீவிர அழற்சியில், முழுநேர ஓய்வு தேவைப்படுகிறது அல்லது நோயாளி ஒரு தொங்கலை அணிந்து கொள்ள வேண்டும். முனைப்புக் குறைவான, நாட்பட்ட நோய்களில், மின்வெப்ப மூட்டலும், பாரஃபின் சிகிச்சையும், தலவென்னீர் குளியல்களும் பயன்படுத்தப்பட வேண்டும்.

பெண்களில் தாரை அழற்சிக்கான தலசிகிச்சையில், தாரைக்குள் பாய்ச்சிக்கழுவல், உட்சொட்டுதல்கள், இக்த்தம்மால மருந்தைப் பூசுதல் ஆகியவை அடங்கும். ஒரு செ.மீ. ஆழத்துக்கு, தாரைக்குள் நுழைக்கப்பட்ட கண்ணாடி முனையின் மூலம் காய்ச்சப்பட வேண்டும். விரும்பிய கரைசலில் 3—5 மி.லி. கொண்டு உட்சொட்டுதல் செய்யப்பட வேண்டும். உட்கழுத்தழற்சியின் யோனிக்குளியல்கள் மற்றும் பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கொண்டு கழுவல்கள்,

கருப்பைக் கழுத்துக் கால்வாயில் லூகால் கரைசல் கொண்டு பூசுதல் ஆகியவை தல சிகிச்சையாக பயன்படுத்தப்படுகின்றன. மலக்குடல முற்சியில் ஒரு ரப்பர் பலூனைக் கொண்டு 3% வெள்ளிப் புரதக் கரைசலில் 3—5 மி.லி. ஐ கழிவாய்க்குள் ஏற்ற வேண்டும்.

நாட்பட்ட நோய் கொண்ட சிறுமிகளுக்கு யோனிக் கழுவல் களின் மூலம் சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. அதற்கு, ஒரு மெல்லிய ரப்பர் புழைக்குழல் மூலம், வெதுவெதுப்பான பொட்டாசியம் பெர் மாங்கனேட் கரைசல் பயன்படுத்தப்படுகிறது. 1—2% வெள்ளிப் புரதக் கரைசலில் 3—5 மி.லி. ஐ யோனிக்குள் செலுத்தலாம். 1% வெள்ளிப் புரதக் கரைசலில் சில சொட்டுக்களை ஒருகண்பிப்பெட் மூலம் தாரைக்குள் உட்சொட்டிடலாம்.

வெட்டை நோயிலிருந்து முழு குணமடைந்ததற்கான அளவு கோல்கள். சிகிச்சை முடிந்த பிறகு ஏழு முதல் 10 நாட்களில் குணமடைந்ததற் கான சோதனை நடத்தப்படுகிறது. இந்த நோக்கத்தோடு இணைந்த தூண்டல் முறை பயன்படுத்தப் படுதிறது. ஒரு உலோகப்புழைக் கோல் தாரைக்குள் 5—10 நிமிடங்களுக்கு நுழைக்கப்படுகிறது. பிறகு 0.5% வெள்ளி நைட்ரேட் கரைசலில் 10 மி.லி. உட்சொட் டிடப் படுகிறது. கோனோவக்சின் (500 மில்லியன் நுண்ணுயிருடலங் கள்) தசை ஊசி மூலம் செலுத்தப்படுகிறது. மேலும் காரமான உண வையும், பீரையும் சேர்த்துக்கொள்ளுமாறு நோயாளிக்கு பரிந்து ரைக்கப்படுகிறது. தூண்டலுக்குப் பின்வரும், மூன்று நாட்களில் வெளிப்படும் சுரப்பியிலிருந்து பூச்சுக்கள் தயாரிக்கப்படுகின்றன. ஆண்களில் பரிசோதனையில் இல்லையென்ற முடிவு தெரியுமாயின் ஒரு மாதம் கழித்து மீண்டும் தூண்டல் செய்யப்படுகிறது. பெண் களில் மாதப்போக்கு முடிந்தபிறகு (மூன்று மாதவிலக்கு சுழல் பரு வங்கள்) வலுத் தூண்டல் நிகழ்த்தப்படுகிறது. இரத்தத்தில் மேக நோய்க்கான சோதனை செய்யப்படுகிறது. வலுத்தூண்டல் சோத னைகளின் முடிவுகள் சாதகமாக இருந்தால், நோயாளிகள் முழுவ தும் குணமடைந்துவிட்டதாகக் கருதப்படுகிறது.

டிரைகோமோனியாசிஸ்

கலவியின் மூலமாகப் பரப்பப்படும் பால்வினை நோய்களில் ஒன்று டிரைகோமோனியாசிஸ் என இப்போது நிலை நாட்டப்பட் டுள்ளது. எனினும், குறிப்பாக, சிறுமியரில் பொதுவான பொஞ் சியை அல்லது துவாலையைப் பயன்படுத்தும் போது அல்லது நோய் தொற்றிய பெண் படுத்துள்ள அதே படுக்கையில் சிறுமியும் படுப்பதன் மூலமாக, பிறப்புறுப்பல்லாத பாதையில், நோய் தொற் றுகிறது.

நோய்க் காரணியான டிரைகோனோஸ்வஜைனாலிஸ் 1837—ம் ஆண்டு, டேன்னே என்பவரால் கண்டுபிடிக்கப்பட்டது. இது ஒரு வட்ட அல்லது நீள்வட்ட அல்லது பேரிக்காய் பழவடிவில், நான்கு கசையிழைகளைக் கொண்ட அமீபா போன்ற அசையும் நுண்ணுயிராகும். டிரைகோமோனாடுகளின் அளவு 7—20 மைக்ரான்கள் வரை வேறுபடுகிறது.

டி. வஜைனாலிஸ், பெண்களிலும் நீண்ட கால, சில சமயங்களில், மிகவும் நிலைத்த நோய்களை உண்டாக்கக்கூடும். (யோனியழற்சி, அல்குல் யோனி அழற்சி இன்னபிற) ஆண்களிலும் மிக அரிதாக இந்நோய் காணப்படுகிறது. (தாரையழற்சி, புராஸ்ட்டேட் அழற்சி).

பெண்களிலும் சிறுமியரிலும் ஏராளமாக வெள்ளைப்போக்கும், (பலசமயங்களில் நுரைப்பாக) சிலேட்டுமப்படலங்களில் குருதி மிகையும், எளிதில் குருதி வடிவதாயும், வலியும், அரிப்பும், சிறுநீர் பிரியும் போது எரிச்சலுணர்வும் தோன்றுவது நோயில் குறிப்பிடத்தக்கவையாகும். பெரும்பாலும் டிரைகோமானஸ், பெண்களில் அகவய உணர்வுகளை உண்டாக்குவது மிகவும் குறைவு அல்லது இல்லையென்பதன் காரணமாக அப்படிப்பட்ட நோயாளிகள், நோய் பரவியல் கண்ணோட்டத்தில் மிகவும் ஆபத்தானவர்களாவார்கள்.

ஒரு கர்ப்பமுற்ற பெண்ணுக்கு டிரைகோமானஸ் நோய் உள்ளதென்ற உண்மை, நோய் வரலாற்றில் குறிக்கப்பட்டு, அவளை மகப்பேறு இல்லத்துக்கு அனுப்பும் போது, உடனனுப்பப் பட வேண்டும். அப்போது தான் புதிதாகப் பிறந்த குழந்தைக்கு நோய்த் தொற்று ஏற்படாமலிருக்க நடவடிக்கைகள் எடுக்கப்பட முடியும். (2% வெள்ளி நைட்ரேட் கரைசலில் இரண்டு, மூன்று சொட்டுகள் அல்குலில் இடப்பட வேண்டும்) மகப்பேறு இல்லங்களில் உள்ள குழந்தை வார்டுகள் மற்றும் குழந்தை சிகிச்சையகம், இளஞ்சிறார் பள்ளிகள், குழந்தை வளர்ப்பிடங்கள் ஆகியவற்றிலுள்ள பணியாளர்களிடையே டிரைகோமானஸ் நோய் உள்ளதா எனக் கண்டுபிடித்து முனைப்பான நடவடிக்கைகள் மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும். அவர்களுக்கு சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும். ஒரு சிறுமியிடத்தில் இந்நோய் காணப்பட்டால், குடும்பத்திலுள்ள அனைவரும் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும்.

ஆண்களில் தொற்று நோய் ஏற்படும்போது, நாட்பட்ட வெட்டை நோய் போன்ற நிலைகளை உண்டாக்குகிறது. ஆனால் அவர்களில் தாரை வெளிப்பாடு மஞ்சள் சீழ் கொண்டில்லாமல், வெள்ளையாகவும் நுரை கொண்டும் உள்ளது. ஆணில் டிரைகோமானஸ் நோய் கண்டுபிடிக்கப் பட்டால், அவருடைய மனைவி, மற்றும் அவரோடு கலவி கொண்ட பெண் ஆகியாரை நோய் வெளிப்பாடுகள் இல்லாத போதும் பூரணமாக பரிசோதிக்க வேண்டும்.

பெரும்பாலும், வெட்டைநோய் நிலை கொண்ட ஒருவரில் டிரை கோமானாடுகள் தோன்றுவதோடு நோயை மிகைப்படுத்தி சிக்க லாக்குவதோடு, அதன் போக்கையும் நாட்பட்டதாக ஆக்குகின்றன.

ஆய்வகக் கணிப்பு. ஒரு தொற்றறு கண்ணாடிக்கோல் அல்லது ஒரு தொற்றறு, குழிவு கொண்ட துழாவியைக் கொண்டு சோதனைக் கான பொருளை, ஒரு தொற்றறு சோதனைக் குழாயில் சேகரிக்க வேண்டும். ஆய்வு பொருளைக் கொண்ட சோதனைக் குழாயை வெதுவெதுப்பான நீரில் வைத்து, விரைவாக ஆய்வகத்துக்கு அனுப்ப வேண்டும். ஒரு கண்ணாடிச் சில்லின் மேலுள்ள வெதுவெதுப்பான (37°செ) இயங்கியல் உப்புக் கரைசலின் ஒரு சொட்டின் மேல் அப் பொருளை இட வேண்டும். தாரையிலிருந்து வெளிப்படு திரவத்தை வெளியெடுத்தபின், நோயாளியை ஒரு சுத்தமான கலத்தில் சிறுநீர் பெய்யச்செய்து, அதிலிருந்து சிறுநீரை ஒரு சோதனைக் குழாயில் ஊற்றி, மையம் விட்டோடியில் வைத்து சுழற்றி, படிவைப் பரிசோ திக்க வேண்டும். இளஞ்சிறுமியரில், ஒரு மெல்லிய கண்ணாடிக் கோல் கொண்ட மாதிரியை எடுக்க வேண்டும், அல்லது யோனிக்குள் நுழைக்கப்பட்ட ஒரு தொற்றொழிந்த பிப்பெட்டுக்குள் உறிஞ்சிக் கொள்ள வேண்டும்.

ஆய்வகத்தில் மாதிரிகளை மிகுபெருக்கி உருப்பெருக்கிக் கொண்டு அல்லது இன்னும் சிறப்பாக இருட்களப் பரிசோதனையின் மூலம் ஆராய வேண்டும். டிரைகோமானாடுகளின் எடுத்துக் காட்டான குலுக்கும் அசைவுகள் அல்லது அவற்றின் கசையிழைகளின் வெட்டி யிழுக்கும் அசைவுகள், நோய் நிர்ணயத்தில் துணை செய்கின்றன.

சிகிச்சை. வாய் வழியாக, மெட்ரோனிடசால் (ஃபிளஜையில், டிரைக் கோபால் இன்னபிற) மருந்து தரப்படுகிறது. (மருத்துவரின் அறிவு ரையின் பேரில்). வேளைக்கு 0.25 கிராம் என தினமும் நான்கு வேளையாக மொத்தம் 5 கிராம் கொடுக்கப்படுகிறது.

அல்குல்யோனி அழற்சியின் தல சிகிச்சையில் 2% துத்தநாக சல்பேட் கரைசலைக் கொண்டு யோனியைக் கழுவியபின், அசெட் டார்சான் உள்வைப்பு குளிகைகளை வைப்பதுவும் அடங்கும். ஆண்க ளுக்கு தல சிகிச்சையாக 5—10% கரைசல்களை தினமும் உட்சொட் டிட வேண்டும். மற்றபடி வெட்டை நோயாளிகளைப் போன்றே, அதே கொள்கைகளின் படி, தல சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது.

மெது மேகப்புண்

ஒரு சங்கிலி வடிவில் அல்லது ஒரு சீழ்படலத்திலுள்ள "மீன் புள்ளிகள்" போன்றமைந்த, ஸ்ட்ரெப்டோபசில்லை கிருமிகளால் மெதுமேகப்புண் உண்டாகிறது. கலவியின் போதுமட்டுமே, ஊறுண் டதோல் அல்லது சிலேட்டுமப்படலம் வழியாக, ஸ்ட்ரெப்டோபசில்

லை உள் நுழைவதால், இந்த நோய் உண்டாகிறது. சோவியத் குடியரசில் இந்நோய் அழிக்கப்பட்டு விட்டதென்றாலும், வேறு சில நாடுகளில் அதிகமாகக் காணப்படுகிறது.

ஸ்டெரெப்டோசில்லை துளைத்த இடத்தில் இரண்டு, மூன்று நாட்களில் ஒளி சிவப்புப் பரப்பு ஒன்று தோன்றுகிறது. அது ஒரு பருவாக வளர்ந்து, பிறகு ஒரு சீழ் கொப்புளமாக மாறுகிறது. சீழ்க் கொப்புளம் உடைந்து புண் உண்டாகி, 1.0—1.5 செ.மீ. குறுக்களவுக்கு அல்லது அதிகமாக, வேகமாக வளருகிறது. மெதுமேகப்புண்ணில் வழக்கமாக பல்வேறு வளர்ச்சி நிலைகளிலுள்ள பல புண்களிருப்பது குறிப்பிடத்தக்கதாகும். அவை ஒழுங்கற்ற வடிவமும், உள்ளமைந்த சீரற்ற மெதுவான ஓரங்களையும் கொண்டுள்ளன. சமமற்ற புண்ணின் தளம், ஏராளமான சீழ் சுரப்பால் மூடப்பட்டுள்ளது. புண்கள், வலி நிறைந்தவைதாயுள்ளன. இரண்டு மூன்று மாதங்களில் அவை சீரடைந்து ஒரு தழும்பு உண்டாகிறது. முன் தோலிறுக்கம், மிகையிறுக்கம், திசு அழிவு ஆகியவை மெதுமேகப்புண் கொண்ட நோயாளிகளில் தோன்றுகின்றன. 35—40% நோயாளிகளின் கவட்டு நிண முடிச்சுகள் அழற்சியுற்று சீழ் கொண்டு, வெடித்து ஆறி, தழும்புண்டாகிறது.

சிகிச்சை. சல்பனிலமைடுகளும், எதிர் உயிர் மருந்துகளும் நல்ல பலனை அளிக்கின்றன. சல்பனிலமைடு அல்லது சல்பதயாசால் ஆகியவற்றை நீர் கொண்டு கலந்து பசைபோலாக்கி புண்களில் தடவ வேண்டும்.

சோவியத் யூனியனில் பால்வினை மற்றும் தொற்றும் தோல் நேய்களைக் கட்டுப்படுத்தல்

பால்வினை மற்றும் தொற்றும் தோல் நோய்களை கட்டுப்படுத்தும் சோவியத் முறை, எல்லா மக்களுக்கும் இலவசமான மிகவும் திறமை வாய்ந்த சிறப்பு மருத்துவர்களைக் கொண்டு அளிக்கப்படும் பொது மருத்துவ சிகிச்சையும், மருத்துவப் பணிகளின்அமைப்பு முறையையும் (முறையொழுங்கான முழுமையான மருத்துவப் பரிசோதனையையும், தடுப்பு நடவடிக்கைகளையும் சிகிச்சையையும் மேற்கொள்ளல்) அடிப்படையாகக் கொண்டது. சோவியத் பொது நல வழிப் பணிகளின் தடுப்பு நோக்கத்தின் விளைவு தான் மருந்தக நடை முறையாகும்.

சோவியத் யூனியனில் பால்வினை மற்றும் தொற்றும் தோல் நோய்களைக் கட்டுப்படுத்துவது, கீழ்க்கண்ட கொள்கைகளின் படி அமைந்துள்ளது.

எல்லா நோயாளிகளைப் பற்றியும் பதிவேடுகளில் தவறாது,

குறித்துவைக்கப்படுகின்றன. எல்லா புது நோயாளிகளைப் பற்றியும், ஒரு விவர அட்டையை அல்லது ஒரு அறிவிக்கையை நிறைவு செய்து உயர் மருத்துவ அதிகாரிகளுக்கு அனுப்பப்படுகிறது. கிடைத்துள்ள விபரங்களை புள்ளி விவர முறையில் ஆராய்வதன் மூலம், நாடு பூராவும், அல்லது குடியரசுப்பகுதி, நகரம், மாவட்டம் என்ற அளவில் சிகிச்சை மற்றும் தடுப்பு நடவடிக்கைகளைத் திட்டமிட முடியும்.

உளநோயாளிகள் சிகிச்சையகங்கள், (சிறப்பு நிறுவனங்களும் உள்ளிட்டது) தோல்பால்விளை நோய் மருந்தகங்கள், வெளி நோயாளி சிகிச்சையகங்களின் துறைகள், கிராம மருத்துவ மனைகள் என ஒரு பரவலான தொடர்புள்ள அமைப்பு, மிகவும் திறமை வாய்ந்த சிறப்பு மருத்துவ நிபுணர்களின் சேவையை கட்டணமின்றி அளிக்கிறது. நாடு முழுவதும் உள்ள தோல்—பால்விளையியல் கட்டமைப்புக்கான, விஞ்ஞான நடைமுறை வழிகாட்டல்களையும், ஆலோசனை உதவிகளையும் அளிக்கும் பொறுப்பு, மருத்துவப் பள்ளிகள் மற்றும் பட்டமேற் படிப்பு மருத்துவ நிலையங்கள், தோலியல்—பால்விளையியல் அறிவியல் நிறுவனங்களிலுள்ள தோல் மற்றும் பால்விளை நோய் துறைகளைச் சாரும்.

தொற்றும் வகை மேக நோய் கொண்ட நோயாளிகள் மருத்துவ அறிவுரை கோரப்பட்ட 24 மணி நேரத்திற்குள், கட்டாயமாக மருத்துவ மனையில் சேர்க்கப்பட வேண்டும். முதல் கட்ட சிகிச்சை, உள நோயாளர் சிகிச்சையகங்களில் கொடுக்கப் படுகிறது.

சரியான சிகிச்சையளிப்பதைக் கண்காணிப்பது மருந்தகப் பணிகளின் பொறுப்பில் உள்ளது. பால்விளை நோய்களைப் பொறுத்த அளவில் நோய் தொற்றின் மூலகாரணமாகவுள்ளவர்களை அடையாளம் காண வேண்டும். அந்நோயாளியுடன் தொடர்பு கொண்ட எல்லா ஆட்களையும் சோதிக்க வேண்டும். சோவியத் சட்டங்களின் படி, தொற்றும்வகை பால்விளை நோயுள்ளவர்கள், சிகிச்சையை மறுத்து நோய் தொற்றை மற்றவர்களுக்குப் பரப்பியவதற்கான தற்கான பொறுப்பை ஏற்க வேண்டும்.

நோயாளிகளை அவர்களின் இல்லங்களில் சென்று பார்வையிடும் செவிலியர் அல்லது கடிதத்தின் மூலம் அவர்களை சிகிச்சையகங்களுக்கு வரச் சொல்லி அழைக்கும் செவிலியர், அவர்களுக்கு முறையொழுங்கான கட்டுப்பாட்டுச் சோதனைகளுக்கு ஏற்பாடு செய்வதற்கும், நோய்த் தொற்றுக்கு மூலகாரணமானவர்களையும் அவர்களுடைய தொடர்புகளையும் கண்டு பிடிப்பதற்கும் பொறுப்பாவார்கள்.

குழந்தைகள் மற்றும் உணவளிப்பு நிறுவனங்களிலுள்ள எல்லாப் பணியாளருக்கும், **முன்காப்பு சோதனைகளையும் குழந்தைகள்** குழுமங்களில் காலந்தவறாமல் சோதனைகளையும், மருந்தக முறை

அளிக்கிறது. கர்ப்ப காலத்தின் போதான சோதனை, பிறவி மேகத்தைத் தடை செய்ய உதவுகிறது.

நலவழிக்கல்வி மருந்தகங்களின் மற்றொரு முக்கிய பணியாகும். இந்நோய்கள் பற்றிய அறிவை, எல்லா மக்களுக்கும் அது பரப்புகிறது. காலத்தே மருத்துவ அறிவுரையை நாடும்படி தூண்டுகிறது. தானே சிகிச்சையளித்துக் கொள்வதன் ஆபத்தையும், மருத்துவரைக் காலங்கடந்து பார்ப்பதால் ஏற்படும் பின் விளைவுகளையும், காட்டுகிறது.

பால்விளை நோய் எதிர்ப்பு உதவி நிலையங்களில், தனியாள் முன்காப்பு சிகிச்சை பின் வருமாறு அளிக்கப்படுகிறது: ஒரு ஆண் தனது சிறுநீர்பையைக் காலி செய்து விட்டு, கைகளை சோப்பும் நீரும் கொண்டு நன்கு கழுவ வேண்டும். சுண்ணி மற்றும் விரைப் பைத்தோல், பூப்பு, தொடைகள், பெரினியம் ஆகியவற்றை வெதுவெதுப்பான நீரும் சோப்பும் கொண்டு கவனமாகக் கழுவ வேண்டும். உலர்ந்த பின், பாதரச பெர்குளோரைடு (1:4000) அல்லது பாதரச ஆக்சிசையனைட் (1:3000) கரைசலைக் கொண்டு நன்கு முழுமையாகத் துடைக்க வேண்டும். தாரை முன்பகுதியினுள் (1:6000) பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கரைசல் 0.5 லிட்டரை எஸ்மார்க் பாய்ச்சி கொண்டு பாய்ச்ச வேண்டும். (மேகத்தடுப்புக்காக) 33% கலோமல் களிம்பை பிறப்புறுப்புக்களின் மேல் தேய்க்க வேண்டும். அழுக்கடைந்த உள்ளாடையிலிருந்து, பிறப்புறுப்புக் களைக் காக்க, அவருக்கு காரைத்துணியிலான சிறுதுண்டைக் கொடுத்து, வீட்டுக்குத் திரும்பிய பிறகு, உள்ளாடையைப் போட்டுக் கொள்ளும்படி பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. **பெண்கள்** சிறுநீர்ப் பையைக் காலி செய்யவேண்டும். வெளிப் பிறப்புறுப்புக்களை, வெதுவெதுப்பான நீரும் சோப்பும் கொண்டு கவனமாகக் கழுவ வேண்டும். யோனிக்குள் (1:3000) பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கரைசலைப் பாய்ச்ச வேண்டும். சிறுநீர்த்தாரைக்குள் 1—2% வெள்ளி நைட்ரேட் கரைசலை உட்சொட்ட வேண்டும். கருப்பைக் கழுத்து, மற்றும் யோனிச்சவ்வு, வெளிப்பிறப்புறுப்புக்கள் ஆகியவற்றை 2—3% வெள்ளி நைட்ரேட் கரைசலைக் கொண்டு பூச வேண்டும். மேகத் தடுப்பு நடவடிக்கைகள், ஆண்களுக்குள்ளவை போலாகும்.

பால்விளை மற்றும் தொற்றும் தோல் நோய்களைத் தடுப்பதில் செவிலியருக்கு மிகுந்த பொறுப்புண்டு. இது குறிப்பாக மருத்துவ நிலையங்களில் தனியொருவராகப் பணிபுரியும் செவிலியர்களுக்கு சிறப்பாகப் பொருந்தும். அங்கு, பால்விளை அல்லது தோல் நோயை சீக்கிரமாக கணித்து மருத்துவ உதவி தந்து, நோயுற்றவரை மருத்துவமனையில் சேர்க்க நடவடிக்கைகள் எடுத்து, குடும்பத்திலுள்ள உறுப்பினர்களையும், தொடர்பு கொண்டவர்களையும் பரிசோ

தித்து, நோய்த்தொற்றின் மூல காரணத்தைக் கண்டுப்பிடிப்பது முக்கியமாகும்.

தோல், மற்றும் பால்விளை நோயுள்ள நோயாளர்களைச் சமாளிக்க கையாளப்படும் பல்வேறு முறைகளையும் செவிலியர் செய்வதோடு (ஊசி மூலம் உள்ளேற்றல்கள், உட்செலுத்தல்கள், களிம்புகளும் பசைகளும் கொண்ட கட்டுகளைக் கட்டுதல், பூஞ்சை (காளான்) நோய்களுக்கான சிகிச்சை முறைகளை கையாளுதல்ஆய்வகச் சோதனைகளுக்கான மாதிரி (பொருட்களை)களை சேகரித்தலும் (இரத்தம், சிறுநீர், தாரைவெளிப்பாடு, காளானால் பாதிக்கப்பட்ட ரோமம், செதிள்கள் இன்னபிற) பல்வேறு மருத்துவப் படிவங்களை நிரப்பியனுப்புவதையும், செய்தாக வேண்டும்.

3

காது, மூக்கு, தொண்டை நோய்கள்

முகவுரை

காது, மூக்கு, தொண்டையியல் என்பது காது, மூக்கு, தொண்டை ஆகியவற்றின் நோய்களைப் பற்றிய அறிவியலாகும்.

மூக்கு, மேற்தொண்டை, குரல்வளை ஆகியவற்றின் நோய்கள், மருத்துவத்தில் ஒரு ''குறுகிய சிறப்புப் பிரிவு'' என்ற பழமையான கருத்து கைவிடப்படுவது அவசியமாகும். மேல் மூச்சுப் பாதைகளின் நோய்கள், முழு உடலமைப்பிலும் விளைவுகளை உண்டாக்குகின்றன.

சோவியத் யூனியனில் மக்களின் நலத்தை மேம்படச்செய்யும் நோக்கத்தோடு பரவலான ஒருங்கிணைந்த நடவடிக்கைகள் மேற்கொள்ளப்படுகிறது. காது, மற்றும் தொண்டை, மூக்கு நோய்கள் உடையவர்களுக்கு திறமையான மருத்துவப்பணி அளிக்கின்ற வெளி நோயாளர் மற்றும் உள்நோயாளர் சிகிச்சையகங்களின் கட்டமைப்பு இவற்றிலடங்கும்.

காது, மூக்கு, தொண்டை இயலில் முன்காப்பும் மிக முக்கியமாவதாகும். மேல் மூச்சுப்பாதைகளுக்கான முன்காப்புசிகிச்சை, மொத்த நோய் நிகழ்வு வீதத்தைக் குறைக்கவும், பலநாட்பட்ட உடற்தொகுதி நோய்கள் உருவாவதைத் தடுக்கவும் (கீல் வாதம், பலமூட்டழற்சி, சிறுநீரக அழற்சி இன்னபிற) துணை செய்வதோடு, குறிப்பாக உடல் வளர்ச்சியில் பலனுள்ள விளைவுகளையும் தருகிறது.

சிகிச்சையளிக்கப்பட வேண்டியது நோயாளருக்கே தவிர நோய்க்கல்ல என்ற சோவியத் மருத்துவக் குறிக்கோள், காது மூக்கு தொண்டையியலின் வழிகாட்டும் கொள்கையாகும். மேலும் அது காது, மூக்கு, தொண்டை நோய்களுக்கான சிகிச்சை குறித்த எல்லா பிரச்சனைகளுக்கும் சரியான தீர்வை உறுதி செய்கிறது. செவிலியர் பள்ளிகளின் மாணவர்கள் காது மற்றும் மேல் மூச்சுப் பாதைகளின் நோய் நிலைகள் பற்றிய அடிப்படையான அறிவைப் பெற வேண்டுமென்பதோடு, இந்நோய்கள் கொண்ட நோயாளர்களின் கவனிப்பின் எல்லா தனித்தன்மைகளையும் அறிய வேண்டும். பொதுவாக,

நோயாளிகளின் கவனிப்பு பற்றிய அடிப்படைகளைப் பற்றி ஏற்கெனவே அறிந்திருக்க வேண்டும் என்பதால் பிந்தையது எளிதாக முடியும். காது, மூக்கு, தொண்டை நோயாளர்களை சமாளிப்பது பற்றி, விளக்கத்தில் இந்நோய்களுக்கான காரணம், நோய் தோன்றும் விதம், நோயின் சிகிச்சையகத் தோற்றம் மற்றும் சிகிச்சை பற்றி, தற்காலக் கொள்கைகளின்படி விளக்கப்படுகிறது. இந்த அறிவு இல்லாவிட்டால், மருத்துவர்களின் அறிவுரைகளை மனச்சாட்சிப்படி நிறைவேற்றுவதும் நோயாளிக்கு முறையான கவனிப்பை அளிக்கவும் தேவைப்படும் போதெல்லாம் ஒருவருக்கு முதலுதவி தருவதும் செவிலியரால் முடியாமல் போய்விடும்.

மேல் மூச்சுப்பாதை நோய்களின் முன்காப்புபற்றி பிரச்சனைகளுக்கு செவிலியர் அதிக கவனம் செலுத்த வேண்டும். இவ்வாறு செய்வதால் நோயின் விளைவுகளைக் குறைக்க முடியும்.

இந்த நோய்களைப் பற்றிய மருத்துவக் கூறுகளைப் பற்றிய விளக்கமளிக்குமுன், காது, மூக்கு, தொண்டை ஆகியவற்றின் அமைப்புக் கூறு பற்றியும் இயங்கியல் பற்றியும் சுருக்கமான விபரமறியப் படுமாயின், பயிற்சியின் மருத்துவப் பகுதியில் முதிர்ந்த தேர்ச்சி பெற முடியும். (காது, மூக்கு, தொண்டை, குரல்வளை ஆகியவற்றின் நோய்கள் கொண்ட நோயாளிகளை கவனிப்பது பற்றிய விரிவுரையை ஆற்று முன், இந்த உறுப்புக்களின் அமைப்பு பற்றி படங்கள், மாதிரிகள், இதற்கான தயாரிப்புகள் ஆகியவற்றைக் கொண்டு மாணவர்களுக்கு மறுபயிற்சி அளிப்பது முக்கியமாகும்).

இந்த உறுப்புக்களின் எல்லா நோய் நிலைகளில் **அழற்சி நோய்கள்** முதலிடம் வகிக்கின்றன.

மிக அதிகமாகக் காணப்படும் **டான்சிலழற்சி** என்பது தற்காலிக இயலாமைக்கான ஒருமுக்கியமான காரணமாகும், சிக்கலற்ற டான்சிலழற்சியிலும் கூட ஒரு வரால் ஐந்து முதல் ஆறு நாட்களுக்கு வேலை செய்ய முடிவதில்லை. சீதச்சுரப்பு நோய் வகை, 10—12 நாட்களுக்கு ஒருவரை செயலிழக்கச் செய்கிறது. டான்சிலழற்சியின் அடிக்கடியான சிக்கல்கள், இக்கால அளவை குறிப்பிடத்தக்க அளவில், நீட்டிக்கின்றன.

மூச்சுமேற்பாதையின் நீர்க் கோப்பு, ஒரு எச்சில் துளித் தொற்றாகும். டான்சில் அழற்சி போன்று, குழந்தைகள் இதற்கும் எளிதில் உட்படுகிறார்கள். தும்முவதாலும், முத்தமிடுவதாலும், குழந்தையுடன் மிக நெருக்கமாக இருந்து பேசுவதாலும் கூட இந்நோய் பரவக்கூடும். தனியாள் முன்காப்புக்கான நடவடிக்கைகளை இது தீர்மானிக்கிறது. சளிபிடித்த ஒருவர், ஒரு கைக்குட்டைக்குள் தும்ம வேண்டும். நோய் கொண்டவர், முத்தமிடுவதையும் பொதுவான கோப்பைகளையும், தட்டுகளையும் பயன்படுத்துவதைத் தவிர்க்க வேண்டும். குறிப்பாக, கைகளை நன்றாகவும், முழுமையாகவும்

கழுவ வேண்டும். பேசும்போதும், சிரிக்கும்போதும், முகத்தை மறு பக்கமாகத் திருப்பிக்கொள்ள வேண்டும், அல்லது கைக்குட்டையை வாயில் வைத்துக் கொள்ள வேண்டும். நோயாளி, ஆரோக்கியமான ஒருவருடன் நேரடித் தொடர்பு கொள்ளும் போது, காரைத்துணி முகமூடி கொண்டு மூக்கையும், வாயையும் மூட வேண்டும். குழந்தைகளுக்கான நிறுவனங்களில் (வளர்ப்பிடங்கள், குழந்தைகள் இல்லங்கள், மருத்துவமனைகள்) பணியாளர்கள் இந்த நடவடிக்கைகள் எல்லாவற்றையும் மேற்கொள்ள வேண்டியது மிக முக்கியமானதாகும். மருத்துவ அமைப்பின் பணியாளர்களுக்கு காய்ச்சலோ தொண்டைப் புண்ணோ இருப்பின் அவர்களை வேலை செய்ய அனுமதிக்கக் கூடாது.

ஒரு உளநோயாளிக்கு டான்சில் அழற்சி ஏற்படுமானால் உடனடியாக அவர் ஒரு தனியான பகுதியில் வைக்கப்பட வேண்டும்.

இந்த நடவடிக்கைகளை மேற்கொள்வதுடன் உடம்பை வலுப்படுத்துவதையும், தொற்றும் நோய்களைத் தடுக்கும் நோய் எதிர் சக்தியாற்றலையும் வலுப்படுத்த வேண்டும். முறையாக குழந்தையை வளர்ப்பதும், தட்ப வெப்பநிலைகளைத் தாங்குவதற்கு பயிற்சியளிப்பதும், இங்கு முன்னணிக்கு வருகின்றன. குளுமைத் துடைப்பும், குளியலும் காற்றிலிருத்தலும், ஸ்வெட்டர்கள் மற்றும் ஸ்கார்ப், கனமான குளிர்க்கோட்டு ஆகியவற்றைப் போர்த்து மூடாமல் இலேசான ஆடைகளை அணிந்து கொள்ள குழந்தையைப் பழக்கப்படுத்துதலும் மிக முக்கியமானது. குழந்தைகள் மட்டுமின்றி பெரியவர்களிலும் மூச்சுப்பாதை நோய்த் தொற்றுதலைத் தடுப்பதற்கு உடற்பயிற்சிகளும், விளையாட்டுகளும், மிகவும் வலிமையான சாதனங்களாகும்.

மேல் மூச்சுப் பாதைகளின் தொழில்வழி நோய்களைத் தடுப்பதற்கு, மொத்தமான கூட்டு மற்றும் தனிநபர் முன்காப்பு நடவடிக்கைகள் முக்கியமானவையாகும். தூசு, மற்றும் ஆவிகள், வாயுக்கள், தட்பவெப்ப நிலைகளின் திடீர் தீவிர மாற்றங்கள், இரைச்சல், அதிர்ச்சி ஆகியவை மூச்சு மேற்பாதைக்கு தீங்கான விளைவுண்டாக்கும் தொழில் வழிக் கூறுகளாகும். மற்ற பாதக சூழ்நிலைகளுடன் சேரும் போது, மூச்சு மேற்பாதையில் அழற்சி நிலை தோன்றுவதற்கு, அது துணை செய்கிறது. அது, முழு உடலமைப்பையும், குறிப்பாக மூச்சுக் கீழ்ப் பாதைகளையும் நுரையீரல்களையும் பாதிக்கிறது. மூச்சு மேற்பாதைகளுக்கு முன்காப்புச் சோதனைகளும் சிகிச்சையும், மற்றும் தொழில் வழி ஆலோசனை நடவடிக்கைகளும் தற்போது முன்னணிக்கு வந்து கொண்டிருக்கின்றன. நிறுவனங்களில் பணிபுரிய மனுச் செய்யும் இள வயதினரை மருத்துவப் பரிசோதனை செய்வதன் மூலம், அவர்களுடைய திறமைகளையும் உடல் நிலையையும் பொறுத்து, மிகவும் அறிவு பூர்வமாக அவர்களுக்கான தொழிலைத்

தேர்ந்தெடுக்க வகை செய்கிறது. உதாரணமாக தீவிரமான நாசிய ழற்சி கொண்ட இளைய வயதினர் ஒருவருக்கு, நுரையீரல்கள் அல்லது மூச்சுக் கிளைக் குழாயின் நோய் தோன்றும் ஆபத்து இருப்பதால், அவர் தூசு நிறைந்த சூழ்நிலைகளில் பணியாற்ற முடியாது. அடி மூக்கு சதை வளர்ச்சியும் (அடினாய்டுகள்) நாட்பட்ட நாசிய ழற்சியும் கொண்ட ஒருவர் பணியைத் துவங்க அனுமதிக்கப்படும் முன்னால், முதலில் சிகிச்சை மேற்கொள்ள வேண்டும். (நாசியழற் சிக்கு சிகிச்சை அளித்தலும், அடி மூக்குச் சதை அறுவை நீக்கமும்). மருத்துவப் பணியாளர்கள் தங்கள் பணிகளை ஒரு பரிசோதனையோடு நிறுத்திக் கொள்ளாமல், பணியாளரின் நிலைமையில் தொடர்ந்து கண்காணிப்பு வைப்பதன் மூலம், தொழில் வழித் தேர்வின் மதிப்பு குறிப்பிடத்தக்க அளவு உயருகிறது.

(குரோமியம் பயன்படுத்தப்படும் நிறுவனங்களில்) நாசிக் குழிவறையை எண்ணெய்கள் கொண்டு பூசுவதும், மூக்கு, மேற்தொண்டை, குரல்வளை ஆகியவற்றைப் பாய்ச்சிக் கழுவதலும், உள்ளிழுத்தலும், தனியாள் முன்காப்புக்கான நடவடிக்கைகளாகும். தூசி நிறைந்த கடையில் பணி முடிந்த பிறகு உடனடியாக உள்ளிழுத்தல்களைச் செயல்படுத்துவது மிகவும் பயனுள்ளதாகும். மூச்சு மேற்பாதையை தூசியிலிருந்து காக்க, பல்வேறு வகை முக மூடிகள் (மூச்சியக்கக் கருவிகள்) உள்ளன. கூட்டு முன்காப்பு நடவடிக்கைகளில், உற்பத்தி நிலைகளில் தொழில் நுட்ப முன்னேற்றத்தின் விளைவாக, தீங்குண்டாகும் கூறுகளை (தூசு, ஆவிகள், வாயுக்கள், இன்னபிற) பெரும்பாலும் நீக்க முடியும். நிறுவனங்களில் பணியாளர்களின் உடல் நலம் காக்க, ஒரு மேம்படுத்தப்பட்ட காற்றோட்ட முறை பரவலாகப் பயன்படுத்தப்படுகிறது. புதிய இயந்திரத் தொகுதிகளையும், தொழில் முயற்சிகளையும் திட்டமிட்டுக்கட்டும் போது, இத்தொழில் நுட்ப நடவடிக்கைகள் நினைவில் கொள்ளப்படுகின்றன.

நடுச்செவி அழற்சி நோய்களைப் பற்றிய நல்ல அறிவு செவிலியர்களுக்கு மிகவும் அவசியமாகும். காது சீழ் ஒழுக்கு நிலைகளை கவனியாது அலட்சியம் செய்தால், செவிவழி மூளை அழற்சி, மற்றும் சீழ் நிலை, பெருமூளைக் கட்டி போன்ற தீய சிக்கல்கள் தோன்றலாம்.

சோவியத் நல காப்புமுறை, மக்கட் தொகை முழுமைக்கும், முறையொழுங்கான தடுப்புச் சோதனையையும், நோய்களுக்கான முனைப்பான முன்காப்பையும் அளிக்கிறது. தினமும் 8 மணி நேர வேலை, வாரம் இரண்டு நாட்கள் ஓய்வு, வழக்கமான விடுமுறை நாட்கள், அவற்றை நலப்புகலிடங்களிலும் உடல் நல மாடங்களிலும் கழிப்பதற்கான வாய்ப்பும், மக்களின் வளத்தையும், பண்பாட்டு நிலைகளையும் உயர்த்துவதும், குடிப்பழக்கத்தைக் கட்டுப்படுத்துவதும் மிக முக்கியமானவையாகும்.

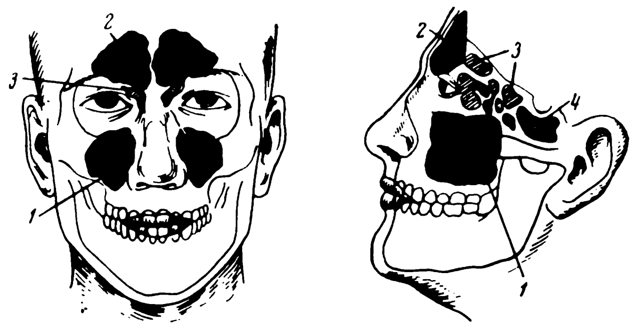
I. மூக்கு நோய்கள்

உடற்கூறு இயல்

மூச்சு மேற்பாதைகளின் முதல்பகுதியான மூக்கு, காற்றுக் குழி வறைகளின் ஒரு தொகுப்பாகும். இத்தொகுப்பில் நாசிக் குழிவறையும், அதனோடு, இறுதிய துளைகள் மூலம் தொடர்பு கொள்ளும் நாசிப்பக்க (குழிவறைகள்) புழைகளும் உள்ளன. கபாலக்குழிவறைகள் மற்றும் கண்குழிகள், வாய் ஆகியவற்றிற்கிடையே நாசிக்குழிவறையும் அமைந்துள்ளது. நாசிக்குழிவறையை, ஒருபிரிதிரை, இரு பகுதிகளாகப் பிரிக்க அவை சிறிது சாய்வாக அமைக்கப்பட்டுள்ள நாசித்துளைகள் வழியாக வெளியோடு தொடர்பு கொள்கின்றன. பின் பக்கத்தில் நாசிக்குழிவறை, இரண்டு பக்கமமைந்த வட்டமான பின் நாசித்துளைகள் மூலம் (கோயனே) மேற்தொண்டையுடன் தொடர்பு கொள்கின்றன.

நாசிக்குழிவறையின் வெளிச் சுவர் உடலமைப்பில் மிகவும் சிக்கல் நிறைந்ததாகவும், நடை முறையில் மிகவும் முக்கியமானதாகவும் உள்ளது. அதனோடு ஒட்டியுள்ளவையான மூன்று நாசிச்சுவர் என்புகள் (கான்கே அல்லது டர்பினேட் என்புகள்) நாசிக் குழிவறையை மேல், நடு, கீழ் கால்வாய்களை மூன்று நாசிப்பாதைகளாகப் பிரிக்கின்றன. கண்ணீர்துளிகள் வழிந்தோடும், மூக்கு கண்ணீர்க்கால்வாயின் கீழ்த்திறப்பின் கீழ், மூக்குச் சுவரெலும்பின் முன் முனையிலுள்ளது. சிறு துவாரங்கள் மூலம் நாசிப்பக்கப்புழைகள், தொடர்பு கொள்ளும் நடுக் கால்வாய், மிகுந்த நடைமுறை முக்கியத்துவம் வாய்ந்ததாகும். இவையாவன: மேற்தாடைப் புழை அல்லது ஹைமூரின் குழிவறை எனும் மேற்தாடை என்பின் உடற்பகுதியில் அமைந்துள்ள மிகப் பெரிய மூக்குப்பக்கப் புழை, நெற்றி எலும்பின் செதிள் பகுதியில் அமைந்துள்ள நெற்றிப் புழை, சல்லடை எலும்பு செல்கள் (படம் 91).

பின்சல்லடை எலும்பு செல்களும் ஆப்பெலும்பின் உடற்பகுதியில் அமைந்துள்ள ஆப்பெலும்புப் புழையும், மூக்கு மேல்கால்வாயுடன் தொடர்பு கொள்கின்றன. சிலிய எபிதீலியத்தால் மூடப்பட்ட சிலேட்



படம் 91. மூக்குப் பக்கப் புழைகளின் இடை உறவு வரைபடவிளக்கம் 1. மேற்தாடைப் புழை (ஹைமோர் குழிவறை); 2. நெற்றிப் புழை; 3. சல்லடை எலும்பின் வளை கூடு (லாபிரின்த்); 4. ஆப்பெலும் புப் புழை

டுமப்படலம், மூக்குக் குழிவறை முழுவதற்கும் உள் விரியமைக்கிறது. சிலியாக்கள், கோனேயை நோக்கி, பின்பக்கமாக அசையவல்லவை. மூக்குக்குழிவறையின் மேற்பகுதியின் சிலேட்டுமப்படலத்தில், சிறப்பு நுகர் எபிதீலியம் (மேலணுப்படலம்) காணப்படுகின்றன.

மூக்குவழி மூச்சுவிடலின் இயங்கியல்

மூக்கில் போதுமான உள்வழி இருந்தால்தான் இயல்பாக மூச்சு விட முடியும். உள்ளிழுக்கப்பட்ட காற்று, குறுகிய துளையின் வழி செல்லும்போது, அகலமான பரப்பின் மீதுள்ள சிலேட்டுமப் வழி செல்லும்போது, அகலமான பரப்பின் மீதுள்ள சிலேட்டுமப் படலத்துடன் தொடர்பேற்படுவதால் ஈரமுற்று, வெப்பமுறுகிறது. காற்றில் கலந்துள்ள தூசித் துகள்களின் ஒரு பகுதி, நாசிக் குழிவறையின் அமைப்பால் தேங்கப்பெற்று, இறுதியாக மூக்கைச் சிந்துவதன் மூலம் அல்லது இருமித்துப்புவதன் மூலம் நீக்கப்படுகிறது. எனவே நுரையீரல்களுக்கு செல்லும் காற்று குறிப்பிடத்தக்க அளவு தூசு நீங்கி சுத்தப்படுத்தப்பட்டதாகும். மனிதர்களிலும், விலங்குகளிலுமான ஆய்வுகள், உள்ளிழுக்கப்பட்ட தூசியில் 50% மேலாக மூக்கிலேயே தங்கிவிடுவதாகக் காட்டியுள்ளன. ஆனால் வாயின் வழியாக சுவாசிக்கும் போது எல்லாத்தூசும் நேரடியாக, மேற்தொண்டை, மற்றும் குரல்வளை மூச்சுப் பாதைகள் ஆகியவற்றின் ஆழப் பகுதிகளுக்குச் சென்று நோய் நிலைகளை உண்டாக்குகின்றன.

எனவே, வாயால் மூச்சு விடுவதுடன் ஒப்பிடும் போது, மூக்கால் மூச்சு விடுவதில் குறிப்பிடத்தகுந்த நன்மைகள் உள்ளன. மூக்கின்

வழியாக மூச்சு விடுவது சீர்கெட்டாலும் அல்லது முழுமையாக இல்லாமல் போனாலும், தூரமமைந்த மூச்சுப்பாதைகளில் கோளாறு களுக்கு வகை செய்கிறது. (மேற்தொண்டையழற்சி, குரல் வளையழற்சி, மூச்சுக் குழலழற்சி, மூச்சுக்கிளைக்குழல் அழற்சி). சில குறிப்பிட்ட நிறுவனங்களில் பணியாற்றுபவர்களில் மூக்குவழி சுவாசமிழப்பு, உகப்பில்லாத பின்விளைவுகளை உண்டாக்குகிறது.

காற்றோடு, மூக்குக்குள் நுழைந்து தூசுத்துகள்களோடு வெளியேற்றப்படாத நுண்ணுயிர்கள் (பாக்டீரியாக்கள்) மூக்குச் சளியில் சிக்கி, பெருமளவு தீங்கற்றவகளாக ஆக்கப்பட்டுக் கொல்லப்படுகின்றன. மேலும், மூக்குக் குழிவறைகளும், மூக்கு—மேற்தொண்டையும், குரலை எதிரொலிப்பவைகளாகச் செயல்படுகின்றன. இக்குழிவறைகளிலுள்ள காற்றின் அதிர்வு, குரலின் ஓசையை அதிகரித்து, ஒரு தனி நிலையான சாயையை அளிக்கிறது. அடைபட்ட மூக்கு, குரலை மாற்றி, அதன் ஓசையைக் குறைத்து, தொனியை இழக்கச் செய்து மூக்குத் தொனியைப் பெறுவதால், அத்தகைய பேச்சு **மூக்குப் பேச்சு (ரைனோலேலியா)** என அழைக்கப்படுகிறது.

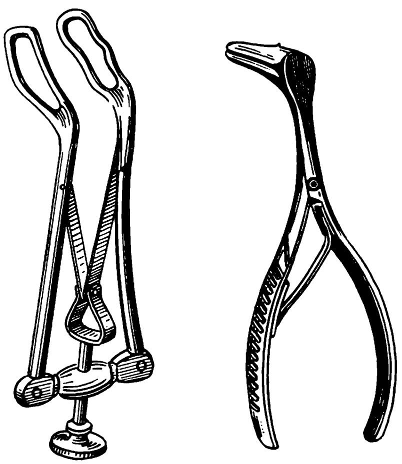
மூக்குவழி மூச்சு முழுமையாகவோ, பகுதியாகவோ பாதிக்கப்படுமேயானால், நுகர்வு பணியிலும் விளைவை ஏற்படுத்தி, நுகர்வுணர்வு தன்மை மழுங்குகிறது. சில தொழில்களில், குறிப்பாக வேதியியப் பொருள் மற்றும் உணவுப்பொருள் தொழிற்சாலையில் பணிபுரிகிறவர்களில் வாசனையுணர்வு குறைவதால், அவர்களது பணியில் திறமை குறைந்தவர்களாகிறார்கள்.

மூக்கின் வழியாக சுவாசிக்க இயலாதவர்களுக்கு, நுரையீரல் களின் காற்றோட்டம் குறைவடைந்து, ஆக்ஸிஜன் கிரகிப்பும் குறைகிறது, என வெகு காலத்திற்கு முன்பே அறியப்பட்டது. வாய் வழியாக மூச்சு விடுதல், உடல் வளர்ச்சிக்கு சீர்கேடுகளை உண்டாக்குவதோடு, (முக எலும்புக்கூட்டின் குறை வளர்ச்சி, பற்களின் இயல்புப் பிறழ்வான வரிசையமைப்பு, இரத்தத்தின் உள்ளடக்கத்தில் மாறுதல் இன்னபிற) பள்ளியில் படிப்பில் மோசமாக இருப்பதற்கும் காரணமாகக் கூடும், என்பது நிலை நிறுத்தப்பட்ட உண்மையாகும்.

மேலே கூறப்பட்ட அனைத்திலிருந்தும், உள்ளிழுக்கப்படும் காற்றுக்கு வடிகட்டியாக மூக்கு செயல்படுகிறது என்பது தெளிவாகும். அதன் வடிகட்டும் தன்மைகள் பெருமளவில் அதன் அமைப்புக் கூறால் தீர்மானிக்கப்படுகின்றன. சிலேட்டுமப்படலத்தின் பருமனுக்குள் உள்ள சிலேட்டுமச் சுரப்பிகளின் இயக்கத்தால் தொடர்ந்து ஈரம் காக்கப்படுகிறது. மூக்குச் சிலேட்டுமப்படலத்தின் ஈரத்துக்குக் காரணம் மூக்கு—கண்ணீர் நாளத்தின் வழியாக மூக்கிற்குள் நுழையும் கண்ணீரால் கழுவப்படுவதும், மூக்குச் சுவரெலும்பின் சிலேட்டுமப்படலத்தின் தடித்த சிரைவலையமைப்பிலிருந்து (குடைவுத்திசு) வரும் நீரால் நனைக்கப்படுவதுமாகும்.

மூக்கு பரிசோதனை

நோயாளியின் தலையைப் பின் பக்கம் சாய்த்து, மூக்கின் நுனியைப் பெருவிரல் கொண்டு உயர்த்தி, மூக்கின் நுழைவாயிலைப் பரிசோதிக்க வேண்டும்.



படம் 92. மூக்கு உட்காட்டிகள்
1. ஃப்ரெங்கல்; 2. ஹார்ட்மேன்

எக்ஸிமா மற்றும் துருத்திக் கொண்டிருக்கும் புது வளர்ச்சிகள், தோலின் வெடிப்புகள் ஆகியவற்றைக் காண, மூக்கு பரிசோதிக்கப்படுகிறது. செயற்கை ஒளிப் பாய்ச்சலில், தலைக் கண்ணாடியும் மூக்குஉட்காட்டிகளும் கொண்டு (படம் 92) மூக்குக் குழிவறை சோதிக்கப்படுகிறது. மூக்குப் பின் துளைகளை மூக்கு மேற்தொண்டையிலிருந்து பின்மூக்கு நோக்கலின் மூலமாக ஆராயப்படுகிறது.

பொதுவான கவனிப்பு, சிகிச்சை முறைகள்

மூக்குக் குழிவறைகள் அறுவை சிகிச்சையின் போது, தோலில் செய்வதைப் போன்று, அறுவைக்கான களத்தை தொற்று நீக்குவது முடியாததாகும். ஒரு துழாவியில் சுற்றப்பட்ட தொற்றறு பஞ்சு கொண்டு மெதுவாகத் துடைத்து, மூக்கு குழிவறையிலிருந்து சீழையும் சிதத்தையும் நீக்குவதோடு கையாளல்களைக் கட்டுப்படுத்திக் கொள்ள வேண்டும். அனுபவம் காட்டுவது என்னவெனில், சிலேட்டுமப்படலத்தை கவனமாக தொற்றுநீக்காவிடினும், எல்லா அறுவை விதி முறைகளும் தவறாமல் கடைபிடிக்கப்பட்டு, சரியாக தொற்றொழிக்கப்பட்ட பொருள்களும், கருவிகளும், பயன்படுத்தப்பட்டு கைகளை முழுமையாக நன்கு கழுவினால், மூக்குக் குழிவறையின் காயங்கள் சீரடையும் என்பதாகும். பெரும் பாலானவர்களில் சிலேட்டுமப் படலத்தில் உணர்வு நீக்கக் கரைசல் ஒன்றை (5—10% கொக்கைன் அல்லது 1—2% சதடைகெய்ன் எனப்படும் பெட்ரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடுக்கரைசல்) பூசுவதன் மூலம், தல உணர்விழப்பை ஏற்படுத்தி, மென் திசுக்களிலும் எலும்புகளிலுமான மூக்குக் குழிவறை அறுவை சிகிச்சைகள் செய்யப்படுகின்றன. 1 மி.லி. உணர்வு நீக்க மருந்தோடு, அட்ரினலின் கரைசல் (1:1000) ஒன்றிரண்டு சொட்டுகளைச் சேர்ப்பதால், சிலேட்டுமப்படலத்தில் நன்கு குருதி நீக்கப்

பட்டு, அதே போது கொக்கைன் அல்லது டெட்ராகைன் ஆகியவற்றின் கிரகிப்பும் காலதாமதமாகிறது. சில அறுவை சிகிச்சைகளில் 0.5% புரோகைன் ஹைட்ரோகுளைாரைடு கரைசலை உட்புகுத்தி உணர்வு நீக்குவது அவசியமாகிறது. முழு உணர்வொழிப்பு அரிதாகப் பயன்படுத்தப்படுகிறது. கொடும்புற்றுக்களை நீக்கும்போதும், சில போது கிளர்ச்சியுற்ற குழந்தைகளில் அயற்பொருட்களை நீக்குவதற்கும், பொது உணர்வொழிப்பு பயன்படுத்தப்படுகிறது.

உணர்வு நீக்கத்தை ஏற்படுத்த கொக்கைன் கரைசல், மூக்கு சிலேட்டுமப் படலத்தில் பூசப்படுகிறது, அல்லது சிகிச்சையின் பொருட்டு, மருந்துக்கரைசல்களை, பார்வைக் கட்டுப்பாட்டில், ஒரு குழிவு கொண்ட துழாவியில் கோக்கப்பட்ட பஞ்சு கொண்டு தடவப்படுகிறது. இத்துடன் சேர்ந்து, மூக்கு சிலேட்டுமப்படலத்திற்கு ஊறு நேராமல் தடுக்க, துழாவியின் முனையைப் பஞ்சு கொண்டு நன்கு மூட வேண்டும். துழாவியை உள்ளே சுழற்றும் போது அதிலிருந்து பஞ்சு நழுவி விடாமல் இருக்க கவனம் எடுக்க வேண்டும். இல்லாவிடில் கையாளலின் போது, மூக்குக்குழிவறைக்குள்ளேயே அது விழுந்து விடக் கூடும், அல்லது தொண்டை அல்லது மூச்சுக்குழலுக்குள்ளும், கூட நுழைந்துவிடக்கூடும்.

அறையின் தட்ப வெப்பநிலைக்கு ஏற்ப சூடாக்கப்பட்ட சொட்டுகள் நோயாளி படுத்துக் கொண்டு அல்லது உட்கார்ந்து கொண்டுள்ள நிலையில் தலையை நன்கு பின்புறம் வளைத்து, சிகிச்சை செய்யப்பட வேண்டிய பக்கமாக சிறிதளவு திருப்பிய நிலையில் மூக்குக்குள் சொட்டுகள் செலுத்தப்படுகின்றன. இது முக்கியமானது. ஏனெனில் அப்போது தான், வெளிப்புறச் சுவரின் பெருமளவு பரப்பை சொட்டுகள் நனைத்து துளைக்குள் நுழைகின்றன. தலையை நேராகப் பின்புறம் வளைப்பதால், உடனடியாக சொட்டுகள் கீழ்த் துளையின் வழியோடி மூக்கு மேற்தொண்டைக்குள் நுழைந்து விடுவதால் அது குறைவான பலனையே அளிக்கிறது, அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு, அல்லது சிகிச்சை நோக்கங்களுக்காக பல்வேறு தூளாக்கப்பட்ட மருந்துப் பொருட்கள், தூள் உட் தூவி கொண்டு மூக்கினுள் தூவப்படுகின்றன. மூக்கைச் சிந்தியபின்னர் அல்லது பஞ்சுக்குச்சி கொண்ட மூக்கை சுத்தம் செய்த பின்னர், நோயாளி, தூளை கொஞ்சம் கொஞ்சமாக சிட்டிகைகளாக ஒவ்வொரு நாசித்துளைக்குள்ளும் மாற்றி மாற்றி இழுக்கலாம்.

ஒரு மழமழப்பான துழாவி அல்லது ஒரு தீக்குச்சியில், ஒரு சிறிய பஞ்சுச் சுருளையை தொய்வாகச் சுற்றி அதைக் கொண்டு மூக்கிற்குள் களிம்புகளைத் தடவ வேண்டும்.

சிகிச்சைக்காக, குறிப்பாக மூக்கிலிருந்தான இரத்தப் பெருக்கை நிறுத்துவதற்காக, மூக்கின் சிலேட்டுமப்படலம், பொசுக்கப்படுகிறது. இதற்கு வெள்ளி நைட்ரேட் மற்றும் டிரைக் குளோரோ அசிடிக்,

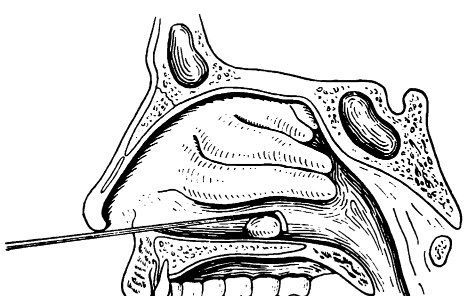
குரோமிக் அமிலங்கள் ஆகியவை பயன்படுத்தப்படுகின்றன. பொசுக்கப்படுமுன்னர், 3% கொக்கைன் அல்லது 1% டெட்ராகெய்ன் கரைசல் அட்ரினலினுடன் கலந்து சிலேட்டுமப்படலத்தின் மீது பூசப்படுகிறது.

மூக்கில் அயற்பொருட்கள்

குழந்தைகள் விளையாடும் போது, அயற்பொருட்களை மூக்குக்குள் செலுத்திவிடுவதால், பெரும்பாலும் குழந்தைகளிலேயே இந்நிலை காணப்படுகிறது. உருள்மணிகள், மற்றும் பொத்தான்கள், பட்டாணிகள், செர்ரி கற்கள், சூரியகாந்தி விதைகள் ஆகியவையே வழக்கமான பொருட்களாகும். ஒரு அயற் பொருள், மூக்கில் நெடுங்காலம் தங்குமாயின், அதைச்சுற்றி கால்சிய உப்புக்கள் படிந்து, ஒரு மூக்குக்கல் (ரைனோலித்) உண்டாகிறது.

ஒரு அயற்பொருள், வழக்கமாக, நாசித்துவாரத்துக்கு அருகே, கீழ்த்துளையில் தங்குகிறது. ஆனால் அதை அகற்றும் முயற்சி தோல்வியடையும் போது, அயற்பொருள் மேலும் உள்ளே தள்ளப்படக்கூடும்.

அறிகுறிகள். ஒரு அயற்பொருள் மூக்கினுள் நுழைந்த உடனேயே அது பாதையை அடைக்கிறது. பிறகு அது, சிலேட்டுமப் படலத்தில் அழற்சியை ஏற்படுத்துகிறது. எனவே, ஏராளமான பெரும்பாலும் சீழ்கொண்ட துர்நாற்றத்துடன் கூடிய சில சமயங்களில் இரத்தமும் கலந்த வெளிப்பாடு, ஒருபக்க மூக்கிலிருந்து வருகிறது. இது, மூக்கு அயற் பொருளுக்கான, மிகவும் சிறப்பியல்பான அறிகுறியாகும்.



படம் 93. ஒரு மழுங்கிய கொக்கி கொண்டு மூக்குக் குழிவறையிலிருந்து அயற்பொருளை அகற்றுதல்

சிகிச்சை. கையாளலுக்கு ஏதுவான சூழ்நிலைகள் இல்லாத போது அயற்பொருளை அகற்ற அவசரப்படுவது நல்லதல்ல. 1% டெட்ராகைன் அல்லது 2—3% கொக்கைன் கரைசலை அட்ரினலினுடன் சேர்த்து உணர்வு நீக்கம் செய்யலாம். அல்லது மிகவும் கிளர்ச்சி

யுற்ற குழந்தையில், குறுகிய கால முழு உணர்வு நீக்கம் செய்யலாம். ஒரு டாக்டர் மட்டுமே, அயற்பொருளை அகற்ற வேண்டும் ஒரு வளைந்த குமிழ்முனைத் துழாவி அல்லது ஒரு மழுங்கிய கொக்கியை அயற்பொருளுக்கு அப்பால் உட்செலுத்தி, (தவறின்றி கண்ணின் கட்டுப்பாட்டில்) கவனமாக அப்பொருளை வெளியிலெடுக்க வேண்டும். (படம் 93) செவிலியர் ஒருவர், குழந்தையின் தலையை அசையாமல் பிடித்துக் கொண்டு உதவுகிறார்.

தீவிர மூக்கழற்சி

தீவிர மூக்கழற்சியானது, மூச்சு மேற்பாதைகளின் நோய்களுக்குள்ளேயே மிகவும் முக்கியமானது. அது ஒரு தனியான நோயாகவோ அல்லது ஒரு தொற்று நோயின் அறிகுறியாகவோ இருக்கக்கூடும். (இன்புளுயென்சா, மூச்சு மேற்பாதையின் தீவிர நீர்க்கோப்பு) பெரும்பாலான சமயங்களில் தீவிர மூக்கழற்சி, ஒரு நோய்த் தொற்றால் ஏற்படுகிறது.

அறிகுறிகள். மூக்குக் காய்ந்து போன உணர்வு, மற்றும் தும்மல், தொண்டையில் எரிச்சல், மூக்கு மேற்தொண்டையில் எரிச்சல் ஆகியவை முதலில் தோன்றுகின்றன. அதன்பின் மூக்கு அடைத்துக் கொள்ளுகிறது. முதலில் திரவமாக வெளிப்பட்டு, பிறகு கலங்கலான திரவமாக இறுதியில் சீதமும் கொண்ட திரவமாக வெளிப்படுகிறது. தலை கனப்பது போன்ற உணர்வும், தலை வலியும், முகத்தில் நரம்பு சார்ந்த வலியும், மூக்கால் பேசுவதும், விழி வெளிப்படல அழற்சியும் உண்டாகின்றன.

சிசுக்களில், தீவிர மூக்கழற்சி, உயிருக்கு ஆபத்தில் முடியலாம். பிறந்த முதல் சில ஆண்டுகளில் மூக்குத்துளை மிகக் குறுகலாக இருப்பதால், சிலேட்டுமப்படலத்தின் சிறிதளவு வீக்கம் கூட, அவற்றை அடைக்கக்கூடும். அதன் விளைவாக, மூக்கால் மூச்சு விடுதல் கடைப்படுவது மட்டுமின்றி, சப்புவதும் மிகவும் கடினமாகிவிடுகிறது. தூக்கம் தடைபடுகிறது. சில போது மூக்கு சிலேட்டுமப்படல அழற்சி மூச்சுக்குழலுக்கும், மூச்சுக் கிளைக் குழலுக்கும் பரவி அவற்றின் அழற்சியை உண்டாக்குவதுடன், நுரையீரல் அழற்சியையும் (நிமோனியா) உண்டாக்கக்கூடும்.

தடுப்பு முறைகள். மீண்டும் மீண்டும் தீவிர மூக்கழற்சி வராமலிருக்க நாளடைவில் உடலை வலுப்படுத்துதலே முதல் நடவடிக்கையாகும். முறையொழுங்கான பயிற்சி, காற்றுக் குளியல்கள், அளவான சூரியக் குளியல்கள், நீர் சிகிச்சை முறைகள், பல்வேறு விளையாட்டுக்கள் ஆகியவை இருதய இரத்த நாள மண்டலத்தையும், மூச்சியக்க அமைப்பையும், வலுப்படுத்துகின்றன. இவையனைத்துமே, வெளித்தூண்டல்களுக்கு ஒரு இயல்பான விளைவை

உருவாக்க உடலுக்குத் துணை செய்கின்றன. முறையான உடல் வளர்ச்சி முறைகள், மற்றும் உடலை வலுப்படுத்தலின் விளைவாக ''சாதாரண சளி'' (நீர்க்கோள்)க்கு மட்டுமின்றி, பல தொற்று நோய்களுக்கு குறிப்பாக மூச்சு மேற்பாதை நோய்களுக்கு, எதிரான தடுப்பாற்றலை உடல் பெறுகிறது.

சிகிச்சை. 2% போரிக் அமிலத்தில் அட்ரினலின் சொட்டுக்கள் உட்சொட்டல், 2% எஃபிட்ரின் கரைசல் அல்லது 0.5% மெந்தால் எண்ணெய் அல்லது 1% மென்த்தால் களிம்பு ஆகியவை மூக்கடைப்பைச் சீர் செய்கின்றன.

—மருந்து—அட்ரினலின் கரைசல் (1:1000) சொட்டுகள்
போரிக் அமிலக் கரைசல் 2%, 10.0.

முலைப்பால் அருந்து முன்னர், ஒன்றிரண்டு சொட்டுக்கள், இரண்டு மூக்குத் துவாரங்களிலும் இட வேண்டும்.

—மருந்து—எஃபிட்ரின் ஹைட்ரோகுளோரைடு 2%, 10.0

மூக்கிற்கான சொட்டு மருந்து, தினமும் 2—3 தடவைகள் 4—5 சொட்டுகள்.

—மருந்து—மென்தால் எண்ணெய் 0.5%, 10.0

மூக்கிற்கான சொட்டு மருந்துகள்—தினமும் 2—3 வேளைகள் 4—5 சொட்டுகள்.

—மருந்து—மெந்தால் படிகங்கள் 0.1
போரிக் அமிலத்தூள், சின்க் ஆக்ஸைடு 0.5.
மஞ்சள் வாசலைன் 10.0
மூக்கிற்கான களிம்பாகப் பயன்படுத்தவும்.

மூன்று வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளுக்கு கொக்கைனும், மென்தாலும் கொடுக்கப்படுவதில்லை. ஏனெனில் கொக்கைன் நச்சு விளைவு ஏற்படக்கூடும். குரல்வளைக்குள் மென்தால் சென்றுவிட்டால் குரல்வளை இறுக்கம் ஏற்படலாம். இம்மாதிரிக் குழந்தைகளுக்கு சிகிச்சையளிக்க ஒவ்வொரு முறையும் முதலில் மூக்கின் நுழைவிடத்தை பஞ்சுருளை கொண்டு சுத்தம் செய்து விட்டு, ஒவ்வொரு நாளும் பல முறை 0.5% எபிட்ரின் அல்லது போரிக் அமில கரைசலில் 1—2 சொட்டுக்களை மூக்கிற்குள் உட்சொட்ட வேண்டும். முலைப்பால் அருந்துவதற்கு முன்பு ஒவ்வொரு தடவையும் சுத்தப்படுத்துதலும், உட்சொட்டிடுதலும் மீண்டும் மீண்டும் நடைபெற வேண்டும்.

நாட்பட்ட மூக்கழற்சி

சாதாரண நாட்பட்ட மூக்கழற்சி என்றும், மிகைவளப்ப மூக்கழற்சியென்றும் இரு வகைகள் பிரித்தறியப்படுகின்றன. மூக்கு சிலேட்டுமப்படலத்தின் தணியாத, தீவிர அழற்சி மற்றும் தொற்றும்

நோய்கள், தொழில் வழி தீங்கு தரும் கூறுகள், அடினாய்டு அழற்சி ஆகியவை நாட்பட்ட மூக்கழற்சியில் முடிகின்றன.

சாதாரண நாட்பட்ட மூக்கழற்சியின் **அறிகுறிகள்** தீவிர மூக்க ழற்சியைப் போன்றே உள்ளன. ஆனால் மிகவும் குறைவாகத் தெரி கின்றன. படுத்த நிலையில் மூச்சு விடுவது மிகவும் கடினமாக உள்ளது. மூக்கிலிருந்து வெளிப்படும் வடிப்பு மெல்லியதாக நீர்த்து அல்லது சீதசீழ் கொண்டதாக அமைகிறது. மிகைவளப்ப மூக்கழற்சியில், மூக்கடைப்பு மிகவும் நிரந்தரமாயுள்ளது. தலையையோ, உடலை யோ வேறு நிலைக்கு மாற்றுவதால், மூக்கடைப்பு சீரடைவதில்லை. சீதம் கட்டியாகவும் களி போன்றும் இருப்பதால், வெளியேற்றப்படு வதில் சிரமம் உண்டாகிறது.

சிகிச்சை. மூக்கழற்சியின் நாட்பட்ட போக்குக்குக் காரணமான கூறுகள் நீக்கப்பட வேண்டும். (அடினாய்டு, நீக்கல், புழையழற்சிக்குச் சிகிச்சை இன்னபிற) சுரப்புக் குறைப்பு மருந்துகள் நோயிடத்தில் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. அட்ரீனலின் அல்லது புரோடார்கல் (வெள்ளிப் புரதம்) கரையம் உட்சொட்டிடப்படுகின்றன. மூக்கின் சிலேட்டுமத்தின் மீது 1% வெள்ளி நைட்ரேட் கரைசல், பூசப்படு கின்றன.

மருந்து புரோட்டர்கால்கரைசல் 2%——10.0

தினமும் 2——3 தடவை 5 சொட்டுகளாக மூக்குக்கு இட வேண் டும்.

தனியான மிகைவளர்ச்சியுற்ற மூக்குச் சுவர் எலும்புப் பகுதி களை குரோமிக் அல்லது டிரைகுளோரிக் அசிடிக் அமிலம் கொண்டு பொசுக்க வேண்டும், அல்லது கால்வரீனா எரிகருவியைப் பயன்படுத் தலாம். தீவிரமாக மிகை வளர்ச்சியடைந்துள்ள மூக்கு சுவர் எலும் புப் பகுதிகளை அறுவை மூலம் அகற்றலாம்.

நலிவு மூக்கழற்சி (ஒசீனா)

இளவயதில் துவங்கும் இந்நோய், பல ஆண்டுகளுக்கு நீடிக்கிறது. மூக்கின் சிலேட்டுமம் வளர்ந்து, சுரப்புக் குறைந்து, சுரப்பு களி போலாகி, காய்ந்து, பொடுகுகள் உண்டாகின்றன.

அறிகுறிகள். நோயாளிகளுக்கு மூக்கில் காய்ந்து போன உணர் வும், அரிப்பும் ஏற்படுகின்றன. மூச்சு விடுவது சிரமமாக இருக்கிறது. சில சமயங்களில் தலைவலி உண்டாகிறது. நுகர் உணர்வு குறைந்து விடுகிறது. முன்மூக்கு நோக்கல் மூலம், நாசிக் குழிவறையை ஒப்பிடும் போது, அகலமாக இருக்கிறது. சிலேட்டுமம் காய்ந்து, மெல்லிய தாகி, அங்கங்கு சுரப்புகளின் உறைவுகளும், பொடுகுகளும் காணப் படுகின்றன. துர்நாற்றம் கொண்ட வெளிப்பாட்டினைத் தனியியல் யாகக் கொண்ட மூக்கழற்சியில், சீதச்சவ்வு மிகவும் மோசமாக நலிவ

டைந்துள்ளது. இந்நோய்க்கான காரணம் அறியப்படவில்லை. நலிவு நிலை, மூக்குச் சுவர் துருத்தங்களின் (கான்க்கே) எலும்புக் கூட்டுக் குப்பரவி, வெளிப்படும் திரவம் கட்டியாகவும், துர்நாற்றம் கொண்டு பொடுகுகள் உண்டாக்கும் தன்மையைப் பெற்றுள்ளன. பொடுகு களை பலவந்தமாக எடுக்க நோயாளிகள் முயற்சி செய்யும் போது மூக்கில் குருதிக்கசிவு ஏற்படக் கூடும். முழுமையான அல்லது பகுதி நுகர்விழப்பு தோன்றக் கூடும்.

சிகிச்சை. 1 —2% சோடா, மற்றும் மென்தால் எண்ணெய் கொண்டு கார உள்ளிழுத்தல்கள் அறிவுறுத்தப்படுகின்றன. மூக்கு சிலேட்டுமத்தில் உலர் தன்மை மிகுந்துள்ளபோது அயோடின் கரை சல்களும், கிளிசரைனும் மூக்குச் சொட்டுக்களாகவும், பூசுவதற்கும் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

மருந்து அயோடின் 0.05
பொட்டாசியம் அயோடைடு 0.2
கிளிசரைன், வடிகட்டியநீர் 5.0
மெந்தால் எண்ணெய் 1

தினமும் இரண்டு தடவை, ஒவ்வொரு மூக்குத்துளையினுள்ளும் 5 சொட்டுக்கள்

துர்நாற்ற அழற்சியை சமாளிக்க, திசுசிகிச்சை மற்றும் சுய இரத்த சிகிச்சை, ஸ்ட்ரெப்டோமைசீனுடன் நிகோடினிக் அமிலம் கலந்த மருந்துகள், ஆகியவற்றை, மேற்கூறிய மருந்துகள் தவிர, பயன்படுத் தலாம்.

நலிவு மூக்கழற்சி கொண்ட நோயாளிகள், அவர்களது கொடு மையான துர்நாற்றம் காரணமாக, உடனிருப்பதை சகித்துக்கொள்ள முடிவதில்லை. அவர்களுக்கு உதவி செய்வது மருத்துவப் பணியா ளர்களின் கடமையாகும். மூக்கிலிருந்து வெளிப்படும். வடிப்புகளை சுத்தம் செய்வது அவசியம் என்பதையும், அப்போது தான் துர்நாற் றம் மறையும் என்பதையும், நோயாளிகளுக்கு விளக்க வேண்டும். நோயாளிகள், தாங்களே அதை உணருவதில்லை, ஆனாலும் சுற் றியுள்ளவர்கள் தங்களை வெறுப்போடு பார்ப்பதாக நினைக்கிறார் கள்.

நாள இயக்க (அல்லது நரம்பணிச்சை) மற்றும் ஒவ்வா மூக்கழற்சி

இவ்விருவகை மூக்கழற்சிகளிலும், நோய் அறிகுறிகள் மிகவும் ஒத்து உள்ளன. திரும்பத் திரும்ப தும்முதல், மூக்கடைப்பு, ஏராள மான நீர்த்த மூக்கு வெளிப்பாடு ஆகியவை குறிப்பிடத்தக்க அள விலுள்ள தாக்கங்களாகத் தோன்றுகின்றன. பல நோயாளிகளில் இவ்வறிகுறிகளோடு, தலைவலியும், கண்நோயும் (இமையிணைப் படல அழற்சி) கூட உள்ளன.

வழக்கமான அழற்சி மாற்றங்கள் இல்லாமல் இருப்பதால் அல்லது குறைவாயிருப்பதால், பல ஆசிரியர்கள், இந்த நிலைகளை மூக்கு ழற்சி என அழைக்காமல் மூக்குப் பிணிகள் என அழைக்கலாமெனக் கருத்துரைக்கிறார்கள்.

நாள இயக்க மூக்கழற்சி

நிலையின்மை உச்ச அளவிலும், மூக்கு சிலேட்டுமத்தின் நரம் பமைப்பின் உணர்வு விளைவு மிகுந்துமுள்ள பொதுவான தன்னி யக்கக் கோளாறுகள் கொண்ட நோயாளிகளில், இந்நோய். வழக்க மாகக் காணப்படுகிறது.

இந்நோயின் உட்காரணம், விளைவியக்க மிகுதியாகும். எனவே, அதன் காரணமாக பல்வேறு கூறுகளின் குளிர்வித்தல், (பௌதீக, இரசாயனக் காரணிகள் முதலியன) விளைவு காரணமாக, அனிச்சை யாக தாக்கங்கள் நிகழக்கூடும்.

எடுத்துக்காட்டான, குறைபாடுகள், மூக்கு உள்நோக்கியின் போதான தோற்றம், ஆகியவற்றினடிப்படையில் நோயின் **கணிப்பு** செய்யப்படுகிறது. மூக்குச்சுவர் துருத்தங்களின் சிலேட்டுமம் வீக்க மடைந்து, நீலநிறமாயிருக்க, மூக்குக் கால்வாயை மெல்லிய சீதம் நிறைத்துள்ளது.

சிகிச்சையின் முதல் நோக்கம், நரம்பு மண்டலத்தின் மிகை விளைவியக்கத்தைக் குறைப்பதாகும். இதை, சிறிது சிறிதாக உடலை வலுப்படுத்துவதன் மூலம், (நீர் சிகிச்சை, தூய காற்றுள்ள இடத்தில் நெடு நேரம் தங்குதல், விளையாட்டுக்கள், தட்பவெப்ப நிலை சிகிச்சை) இந்நோக்கத்தை நிறைவேற்ற முடியும்.

வாய் வழியாக தரப்படும் வலிமைதரும் மருந்துகளும், தானி யங்கு நரம்பு மண்டலத்தைப் பாதிக்கும் மருந்துகளும் (அட்ரோபின், எஃபிட்சின், கால்சியம் குளோரைடு இன்னபிற) தருவது, சிலரில் பயனுள்ள விளைவுகளைத் தருகிறது.

ஒவ்வா மூக்கழற்சி

ஒவ்வா மூக்குப்பிணிகளின் நோய்க் காரணத்தில் உடலுக்குள், முக்கியமாக சுவாசத்தின் மூலம், பல்வேறு ஒவ்வாப் பொருட்கள் நுழைவது, முக்கிய பங்கு வகிக்கிறது. இந்நோய் தோன்றுவதற்கு முக்கிய காரணம், ஒவ்வா விளைவுகளுக்கு முன்னிணக்கமான உடல மைப்பாகும். இந்த நோய் நிலை, மரபு வழி வந்ததாகவோ, அல்லது ஒவ்வாப் பொருளுடன் திரும்பத் திரும்ப ஏற்படும் தொடர்பால், பெறப்பட்டதாக இருக்கக்கூடும். சான்றாக ஒவ்வாப் பொருட்க ளுடன் (எதிர் உயிர் மருந்துகள், வேதியியச் சாயப் பொருட்கள் முதலியன) தொடர்பு கொண்ட தொழில் வழிகளாகும்.

நோய் நிர்ணயம். நாள இயக்க மூக்கழற்சி கொண்ட நோயாளி களுக்கு மாறாக, ஒவ்வா மூக்குப்பிணி கொண்ட பல நோயாளிகள் ஒவ்வாமையின் மற்ற வெளிக்காட்டுகளை, தன் வரலாற்றில் அல் லது தனது குடும்ப வரலாற்றின் பெற்றுள்ளனர். (ஒவ்வாப் பொரிப்பு மூச்சுக் கிளைக்குழல், ஆஸ்த்துமா, ஒற்றைத்தலைவலி, எக்ஸிமா) சில வகை உணவுகளைத் தாளாமையும் (கொட்டைகள், சாக்கலேட், ஸ்ட்ராபெர்ரிபழங்கள், சிலவகை இறைச்சி, மீன் இன்னபிற) இந் நோய்க்கு காரணமாக இருக்கிறது. மூக்குச் சிலேட்டுமம் வீக்கம டைந்து, வெளிறி நீலச்சாயை கொண்டு அல்லது முழு வெண்மையாக உள்ளது. மூக்கு மற்றும் மூக்குப்பக்கப் புழைகளிலிருந்து பெறப் பட்ட பொருளில் இயோசினோபில்கள் மிகுந்திருப்பது, ஒவ்வா மூக் கழற்சியில் மிகவும் அதிகமாகக் காணப்படும் வெளிக்குறியாகும்.

சிகிச்சை. ஒவ்வாப் பொருளுடனான தொடர்பு இல்லாமல் ஆக்கப் படும்போது, நோய்க்கான சிகிச்சை குறிப்பாகப் பலன் தருகிறது. அம்மாதிரி நிலைகளில் ஒவ்வாப் பொருளுக்கான உணர்வு விளைவு அப்பொருளை மிகச் சிறு அளவில் சரும அடி ஊசியாக உட்செலுத் துவதன் மூலம் குறைக்கப்படுகிறது. துரதிஷ்டவசமாக எல்லா நேரங்களிலும் ஒவ்வாப்பொருள் எதுவெனக் கண்டறிய முடிவதில் லை. எனவே ஹிஸ்டமின் எதிர் மருந்துகளைக் கொண்டு (டைபென் ஹைட்ரமின் சுப்பிராஸ்டின், டைப்ரசின், பெர்நோவின், டையா சோலின் இன்னபிற) பொதுவான சிறப்புக்குறிப்பில்லா உணர்வு விளைவுத் தணிப்பு மேற்கொள்ளப்படுகிறது. தலசிகிச்சையில், மூக் குச்சுவர் கீழ் துருத்தத்தின் சிலேட்டுமத்தினுள், புரோகைன் ஹைட் ரோகுளோரைடு (1—2% கரைசலில் 2மி.லி., 6—10 நாட்களுக்கு) மற்றும் ஹைட்ரோகார்டிசோன் (தினமும் 12.5 மி.லி. ஒவ்வொரு பக்க மூக்குக்குள்ளும் மாற்றி மாற்றி மூன்று முதல் ஐந்து ஊசிகள்) ஆகியவற்றை உட்செலுத்துவது அடங்கும்.

ஒவ்வா மூக்குப்பணியை அடக்கியாள்வதற்கு, நோயுற்றவரை, சிறப்பு மருத்துவரைக் கொண்டு முறையொழுங்காக பரிசோதிக்க வேண்டும்.

உலர்புல் (ஹே) காய்ச்சல். இது, ஒவ்வா மூக்கழற்சியில் ஒரு குறிப் பிட்ட வகையாகும். இது பருவ கால ஒவ்வாமை விளைவின், மிகத் தூய வகையாகும். சில மரங்கள், புற்கள் அல்லது பூக்களின் மகரந் களுக்கு உணர்வு விளைவு மிகக் கொண்டவர்களில் இந்நோய் வழக் கமாகத் தொற்றுகிறது.

விழிவெளிப்படலம், மூக்கு சிலேட்டுமம், ஆகியவற்றின் மேல் பட்டவுடன் மகரந்தம், விழி வெண் படல அழற்சியையும், மூக்கழற் சியையும் உண்டாக்கி, கண்ணிமைகள், மூக்குக்குழிவறை, வல்லண் ணம் ஆகிய பகுதிகளில் அரிப்பு, தும்மல் தாக்கல்கள் ஏராளமான நீர்த்த மூக்கு வெளிப்போக்கு ஆகியவை உடன் தோன்றுகின்றன.

இவற்றோடு கூட, பெரும்பாலும் ஆஸ்த்துமா தாக்குதல்களும் ஏற்படுகின்றன.

நோய் நிர்ணயம். மருத்துவ வரலாற்றையும், நோய்த் தோற்றத்தையும் தவிர, பல்வேறு வகை மகரந்தங்களின் சாறுகளைக் கொண்டு தோல் சோதனை செய்வது நோய்க் கணிப்பிற்கு உதவும்.

சிகிச்சை. (ஒவ்வாப் பொருளை உண்டாக்கும் மகரந்தம் கொண்ட புற்களின்) மகரந்தச் சாறுகளை சரும அடி ஊசியாகப் போடுவதன் மூலம், உணர்வு விளைவைத் தணித்தல் நடத்தப்படுகிறது. மிகவும் நீர்த்த சாறுகளை முதலில் பயன்படுத்தி பிறகு, அவற்றின் செறிவை படிப்படியாக அதிகரிக்க வேண்டும். சில நபர்களுக்கு, ஒவ்வொரு ஆண்டும் இளவேனிற்காலத்தில் மற்றும் கோடைக்காலம், இலையுதிர் காலம் ஆகியவற்றில் உலர்புல் காய்ச்சல்தாக்குதல்கள் ஏற்படலாம். அதனால் தான், புற்களில் மகரந்தம் தோன்றும் பருவம் துவங்குவதற்கு ஆறு முதல் எட்டு வாரங்களுக்கு முன்னால், உணர்வு விளைவு தணிப்பு தடுப்பு சிகிச்சை துவக்கப்பட வேண்டும்.

மூக்கழற்சியின் போது பராமரிப்பு

தீவிர மூக்கழற்சி கொண்ட இளங்குழந்தைகளுக்கு செவிலியர் கவனிப்பு குறிப்பாகத் தேவைப்படுகிறது, மூக்கு துளைகளிலுள்ள பொடுகுகளை, ஆலிவ் எண்ணெய் அல்லது வெது வெதுப்பான சோடா கரைசல் கொண்டு இளக்கி அதன் பின் மூக்கின் நுழைவாயிலுள்ள சளியையும், பொடுகுகளையும் நீக்க, ஈரமான பஞ்சு அல்லது காரைத்தணி கொண்டு கவனமாகத் துடைக்க வேண்டும். முலைப்பாலைச் சப்பிக் குடிப்பதை எளிதாக்க, இளங்குழந்தைக்கு, பாலூட்டு முன்னர், 1:10,000 நீர்த்த இட்ரினலின் கலந்த 2% போரிக் அமிலம் ஒரு சொட்டு அல்லது 0.5%எபிட்ரின் கரைசலில் ஒரு சொட்டு மூக்குக்குள் விட வேண்டும். வயது வந்த நோயாளிகளுக்கு,சரியான முறையில் மூக்கைச்' சிந்துவது எப்படி என்றும், ஒவ்வொரு நாசித் துளையையும் தனித்தனியாக சுத்தமாக்குவது எப்படி என்பதும் அறிவுறுத்தப்பட வேண்டும். இம்முறையில், நோய் தொற்றிய சளி, கேட்புக்குழலின் வழியாக நடுச் செவிக்குள் நுழைவதால், செவி நோய் உருவாகும் ஆபத்தைக் குறைக்கிறது. எப்போதெல்லாம் முடியுமோ, அப்போது மூக்கில் பாய்ச்சிக் கழுவுவதைத் தவிர்க்க வேண்டும். ஆனால் அது தேவைப்படுமாயின் (நாற்ற அழற்சியின் போது) இம்முறை, மிகவும் கவனமாகக் கையாளப்பட வேண்டும்.

சிறப்புப் பாய்ச்சு குவளைகள், **மூக்குட்பாய்ச்சலுக்குப்** பயன்படுத்தப்படுகின்றன. நோயாளி தன் தலையை, முன் பக்கமாகவும், ஒரு பக்கம் சாய்வாகவும் தாழ்த்தும்படி கேட்டுக்கொள்ளப்படுகிறார்.

குவளையின் முனையை மூக்கு மேற்குழிவறைக்குள், ஆழமின்றி, உள்ளே செலுத்தும் போதே, அழுத்தத்தை அதிகரிக்காமலேயே, நீரை மெதுவாக ஓடச் செய்ய வேண்டும். கழுவு நீர், கேட்புக்குழலின் வழியாக நடுச்செவிக்குள் நுழைவதைத் தடுக்க, நோயாளியை விழுங்குவதற்கோ அல்லது மருந்துப் பாய்ச்சலின் போதும் அதற்கு பிறகு சிறிது காலமும், வேகமாக மூக்கைச் சிந்தவோ அனுமதிக்கக் கூடாது. மூக்குக்] குழிவறையைச் சுத்தம் செய்ய பல்வேறு தெளிப்பான்கள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. வழக்கமாக 1—2% சோடாக் கரைசல் பயன்படுத்தப்படுகிறது. கண்பிப்பெட்டைக் கொண்டு ஒவ்வொரு மூக்குத்துளைக்குள்ளும் தனித்தனியாக (ஒன்று இரண்டு ஐந்து சொட்டுக்கள்) மூக்குச் சொட்டுகளைச் சிறிது சூடுபடுத்தி உட்சொட்ட வேண்டும். நோயாளியின் தலையைச் சிறிது பின்புறம் சாய்த்து, மூக்கின் நுனியை விரலால் உயர்த்த வேண்டும். சில நோய்களில் (மூக்குப்பக்கப்புழைகளின் தீவிர, மற்றும் நாட்பட்ட நோய்கள்) வயது வந்தவர்களுக்கு, 1—2% கொக்கைன் சொட்டுகளை அதிக அளவில் (10 சொட்டுக்கள் வரை) தினமும் 4—5 தடவைகள் விட வேண்டும். (அலகுத் திட்டத்தைப் பார்க்கவும்) இம்முறையைக் கையாளும் போது நோயாளி, தலையை நன்கு பின்னால் வளைத்தும், நோயுற்ற பக்கமாகச் சிறிது சாய்த்தும் படுத்திருக்க வேண்டும். இந்நிலையில் மருந்தை, நடுக் கால்வாய்க்குள் விட வேண்டும்.

எடுக்கவும்:

கொக்கைன் ஹைட்ரோகுளோரைடு—0.2 எபிட்ரின் ஹைட்ரோகுளோரைடு—0.2 போரிக் அமிலம் கரைசல் 3—10%

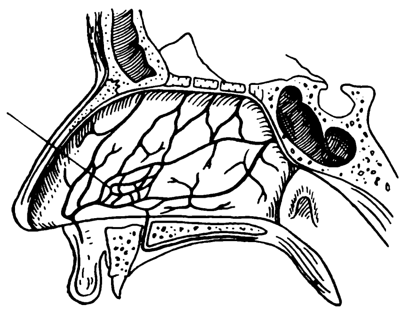
ஒவ்வொரு மூக்குத்துளைக்குள்ளும் 5—6 சொட்டுக்கள் தினமும் 3—4 தடவைகள்

ஒரு குழிவுள்ள துழாவியில் சுற்றப்பட்ட பஞ்சைக் கொண்டு, சிலேட்டுமத்தில் களிம்பைத் தடவ வேண்டும். துழாவியிலிருந்து பஞ்சை, குறடு கொண்டு அல்லது உலர் பஞ்சு கொண்டு நீக்க வேண்டும். முன்கூட்டியே வெது வெதுப்பான சோடாக் கரைசல் அல்லது வாசலின் எண்ணெய் கொண்டு பொடுகுகளை இளக்கியபின், மூக்கிலிருந்து அவற்றை நீக்க வேண்டும்.

மூக்குக் குழிவறையிலான அறுவை சிகிச்சைகளுக்கும், சுட்டுப் பொசுக்குதலுக்கும் தேவையான கருவிகளை ஆயத்தப்படுத்துவது செவிலியரின் பணியாகும். குரோமிக் அமிலம் கொண்டு பொசுக்குவதற்கு, அமிலப்படிகமொன்றை ஒரு துழாவியின் சூடாக்கிய தட்டை முனையில் வைத்து, அது உருகும் வரை ஒரு கொளுத்தியின் சுவாலையின் மேல் சிறிது நேரம் வைக்க வேண்டும். படிகத்தை அதிகமாகச் சூடாக்கி விடக் கூடாது. இல்லாவிடில் குரோமிக் அமிலம் பழுப்பாக மாறி தனது எரிக்கும் தன்மைகளை இழந்து விடும். மூக்கில் எஞ்சியுள்ள குரோமிக் அமிலத்தை நடுநிலைப்படுத்த 2% சோடாக்

கரைசலை எப்போதும் கையில் வைத்திருக்க வேண்டும். கரைசலில் நனைக்கப்பட்ட பஞ்சை துழாவியில் சுற்றி, அதைக் கொண்டு, எஞ்சிய அமிலத்தை அகற்ற வேண்டும்.

மூக்குக்குழிவறையில் செய்யப்படும் அறுவைசிகிச்சைகளுக்காக (கான்காதுண்டிப்பு) மூக்குத் தடுப்புச் சுவர் அகற்றல், (தொங்கு கட்டி நீக்கல்) அறுவை மருத்துவரின் அறிவுறுத்தலின்படி தெரிந்தெடுக்கப்பட்ட கருவிகளை, செவிலியர் தொற்றொழிப்பதோடு, உணர்வு நீக்கத்துக்கான கொக்கைன் கரைசலை ஆயத்தப்படுத்த வேண்டும். (அறுவை முறையின் போது, அவள், வேவைப்பட்ட அளவு கொக்கைனை ஒரு தொற்றறு கண்ணாடிக் கலத்தில் ஊற்றி, 1 மி.லி. கரைசலுக்கு ஒரு சொட்டு என்ற அளவில் அட்ரினலினைச் சேர்க்க வேண்டும். பிறகு தேவைப்படும் போது கண்ணாடிக்கலத்தை திரும்ப நிரப்ப வேண்டும்).



படம் 94. மூக்குத் தடுப்புச் சுவரின் இரத்த நாளங்கள்
1. மிக அதிகமாக இரத்தக் கசிவு ஏற்படும்; தடுப்புச் சுவர்ப் பகுதி

அறுவை சிகிச்சை விதி முறைகளில் குறிப்பிடப்பட்டபடி, தேவையான எல்லா சூழ்நிலைகளையும் அறுவைக் கூடத்தினுள் ஏற்படுத்தவேண்டும். பின் மூக்கு அடைப்புக்குத் தேவையான அடைப்பான்கள் இரத்தக் கசிவுள்ள போது மூக்கில் அடைப்பதற்கான நீளமானகாரைப்பட்டைகள் உட்பட எல்லா தொற்றறு பொருட்களையும்செவிலியர் தயாரிக்கிறார். அறுவை சிகிச்சையின் போது ஆணைகளுக்கேற்ப, அறுவை மருத்துவருக்கு, கருவிகளைத் தருகிறார்.அறுவை சிகிச்சை முடிந்த பிறகு, நோயாளி, சூடான உணவுகளைஉண்ணாமல், அவர், பார்த்துக் கொள்கிறார். இல்லாவிடில், இரத்தக்கசிவு ஏற்படக்கூடும். அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு அடைப்பான்களை நீக்கியவுடன், செவிலியர், ஹைட்ரஜன் பெராக்ஸைடில்நனைத்த பஞ்சு கொண்டு, நோயாளியின் மூக்கைச் சுத்தம் செய்கிறார்.

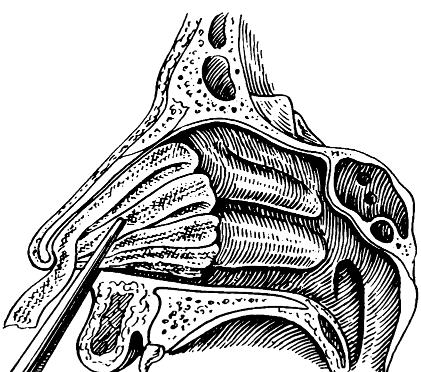
மூக்கிலிருந்து இரத்த ஒழுக்கு

மூக்கிலிருந்து இரத்தம் ஒழுகுவதற்கான காரணங்கள் பொதுவானதாகவும் அல்லது தலம் பற்றியதாகவும் இருக்கலாம். பொதுவான காரணங்களில் இரத்தநாள மண்டல பாதிப்புகளும், இரத்த உள்ளடக்க மாற்றங்களும் அடங்கும். உதாரணமாக இரத்த சோகை,

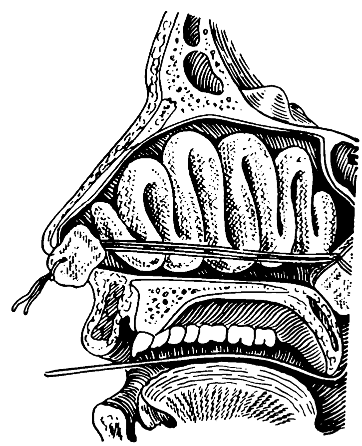
ஹீமோபிலியா, இரத்த நாள இறுக்கம், இருதயம் மற்றும் சிறுநீர கங்கள், கல்லீரல் ஆகியவற்றின் பாதிப்புகள், ஏராளமான இரத்த ஒழுக்கு, பெரும்பாலும் பல தொற்று நோய்களில் ஏற்படுகிறது. (டைபாய்டு, மீள்காய்ச்சல், செங்காய்ச்சல், பெரியம்மை, இன்புளு யென்ஸா, மலேரியா) நச்சு விளைவுகளாலும், உடல் மிகையாக வெப்பமடைவதாலும் மூக்கிலிருந்து இரத்தப்பெருக்கு ஏற்படலாம். இறுதியாக தலைக்குள் தேக்கம், கழுத்துக்கட்டிகள், கக்குவான் நோய் ஆகியவற்றிலும் மூக்கு இரத்தக் கசிவு ஏற்படலாம்.

மூக்குக்கு ஏற்பட்ட காயம் மற்றும் இறுக்கமான பொடுகுகளை விரல் கொண்டு பலவந்தமாக அகற்றும்போது, கட்டிகள் மற்றும் புண்களிலிருந்தான இரத்த ஒழுக்கு ஆகிய தலக் காரணங்களையும் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும்.

மூக்கின் நுழைவாயிலுக்கு 1 செ.மீ. தூரத்திலுள்ள மூக்குத் தடுப்புச் சுவரின் முன்பகுதி தான் (படம் 94) மிக வழக்கமாக இரத் தக் கசிவு ஏற்படும் இடமாகும். மூக்குச் சுவர் துருத்தங்களிலிருந்தும், சிலேட்டுமப்படலத்தின் மற்ற பகுதிகளிலிருந்தும் இரத்தம் கசிவது குறைவாகவே இருக்கிறது. எந்தவித காரணமும் இன்றி, திடீரென்று



படம் 95. மூக்கின் முன் அடைப்பு



படம் 96. முக்கின் பின் அடைப்பு (இறுதி நிலை)

இரத்தக்கசிவு ஏற்படுகிறது. சில போது அது தானாகவே நின்று விடுகிறது. ஆனால் சிலரில் நெடுங்காலத்திற்கு நீடித்து, குருதிச் சோகை ஏற்பட்டு, நாடித் துடிப்புக் குறைவும் பலவீனமும், மயக்க மும் ஏற்படுகின்றன.

சிகிச்சை. பெரும்பாலான சூழ்நிலைகளில், ஹைட்ரஜன் பெராக் சைடில் தோய்த்த தொற்றறு காரைத்துணி அல்லது தொற்றறு பஞ்சுகளை கொண்டு மூக்கின் முன் அடைப்பு செய்வது, இரத்தம் வடிவதைத் தடுப்பதற்கான எளிய முறையாகும். (படம் 95). பாதிக் கப்பட்ட பக்கத்தில் மூக்குத் துளைச் சிறகின் மேல், சிறிது நேரத் திற்கு, விரலை அழுத்தமாக வைப்பதன் மூலம், நோயாளி அடைப் பானை, மூக்குத் தடுப்புச் சுவரின் மேலேயே அழுத்துகிறார். இதை விடச் சிறந்த முறையாவது—குறிப்பாக திரும்பத் திரும்ப மூக்கில் இரத்தம் வடியுமாயின்—ஒரு மூக்கு உள் நோக்கியையும், தலைக் கண்ணாடியையும் கொண்டு, மூக்குக் குழிவறையைப் பரிசோதித்து இரத்தக் கசிவிடங்களைக் கண்டு, அட்ரினலின் கலந்த 3% கொக்கை னை அவற்றின் மேல் பூசி, பிறகு குரோமிக் அமிலம் அல்லது கால் வானின் பொசுக்கு கருவி கொண்டு , அவ்விடத்தைச் சுட்டுப்பொ சுக்க வேண்டும்.

விதிவிலக்கான கேசுகளில், குறிப்பாக, மூக்கு, மூக்கு மேற்தொண் டையில் அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகும், மூக்கின் காயங்களுக்குப் பிறகும், இம்முறைகள் இரத்த ஒழுக்கை நிறுத்தாத போது, மூக்குப் பின்னடைப்பை மேற் கொள்ள வேண்டும்.

மூக்குப் பின்னடைப்பில், மூக்கு கீழ்கால்வாய் வழியாக ஒரு மெல்லிய ரப்பர் குழாய், மேற்தொண்டைக்குள் நுழைக்கப்படுகிறது. குழலின் முனை, மெல்லண்ணத்தின் பின்னால் தோன்றிய உட னேயே, ஒரு குறடு கொண்டு அதனைப் பற்றி, வாயின் வழியாக வெளியிலெடுக்க வேண்டும்.

மேற்தொண்டையின் நாசிப் பகுதியளவுக்கு, முன் கூட்டியே தயாரிக்கப்பட்ட ஒரு காரைத் துணியடைப்பானை, ஒரு கட்டுப் போல குறுக்காக ஒரு பட்டு நூல் கொண்டு மூன்று நீள முனைகளை விட்டுக் கட்ட வேண்டும். இப்பொட்டலத்தை கதீட்டரின் வாய்ப் பக்க முனையோடு இரு இழைகள் கொண்டு கட்டி, கத்தீட்டரை மறுபடியும் மூக்கின் வழியாக வெளியே கொண்டு வரப்பட்டு, வாய் வழியாக பொட்டலத்தை மேற்தொண்டையின் மூக்குப் பகுதிக்கு, விரலின் உதவியோடு, இழுக்கப் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. பிறகு இழைகளைக் கொண்டு பொட்டலத்தை, மூக்கு மேற்தொண்டை யில் இருத்தி வைத்து, மூக்கை அடைப்பது செயல்படுத்தப்படுகிறது. இழைகளின் நுனிகள், மூக்குத் துளையின் ஒரு பஞ்சுத் திண்டின் மேல் கட்டப்படுகின்றன. மூன்றாவது இழையின் முனை, கன்னத் துடன் ஒட்ட வைக்கப்படுகிறது. அல்லது மெல்லண்ணத்திற்கு ஒரு செ.மீ கீழே வெட்டிவிடப்படுகிறது. (படம் 96) மூக்குப் பின்ன டைப்புக்குப் பயன்படுத்தப்படும் அடைப்பான், 24 மணி நேரத்தில் நீக்கப்பட வேண்டும். ஏனெனில் மூக்கு—மேற்தொண்டைப் பகுதியில் ஏற்படும் இரத்த உறை கட்டிகள் பாக்டீரியாக்களுக்கு ஒரு நல்ல

வளரிடமாக அமைந்து, கேட்புக்குழல் வழியாக நடுச்செவியை அடையக்கூடும்.

இரத்தத்தை உறைவிக்கத் தூண்டும் முகவங்கள், தீவிர நிலைகளில் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. 10% கால்சியம் குளோரைடு கரைசல், சிரையூசி மூலம் செலுத்தப்படுகிறது. அல்லது மேசைக்கரண்டியளவில் வாய் வழியாக எடுத்துக் கொள்ளப்படுகிறது. வைட்டமின் ''கே'' கொடுக்கப்படுகிறது. சிறிய அளவில் (50—100 மி.லி.) இரத்தம் உள்ளேற்றப்படுகிறது. மூல காரண நோய்க்கு சிகிச்சையளிக்கப்படுகிறது. மூக்கின் அடியில் ஒரு குளிர் ஒத்தடமும், தலையின் பின் பகுதியில் ஒரு பனிக்கட்டிப்பையும் வைக்கப்படுகின்றன.

நோய்க்கு பராமரிப்பு. மூக்கிலிருந்து இரத்தம் வெளி வருகின்ற ஒருவருக்கு, செவிலியர் தானே உதவியளிக்க முடிய வேண்டும், தடுப்புச் சுவரின் முன் பகுதியிலிருந்து இரத்தக்கசிவு வழக்கமாக ஏற்படுவதால், ஹைட்ரஜன் பெராக்சைட் தோய்க்கப்பட்ட ஒரு அடைப்பானை உடனடியாக கீழ் கால்வாய்க்குள் நுழைத்து, மூக்குச் சிறகை தடுப்புச் சுவரின் மேல், இறுக்கமாக அழுத்த வேண்டும். பிறகுநோயாளியை மல்லார்ந்து படுக்க வைத்து, தலையை சிறிதளவு உயர்த்தி வைக்க வேண்டும். அவரை எழுந்திருக்கவோ, சூடான உணவு உண்ணவோ அனுமதிக்கக் கூடாது. ஒரு பனிக்கட்டிப்பையை துவாலையொன்றில் சுற்றி, தலையின் பின் புறத்தினடியில் வைக்க வேண்டும். அடைப்பான் விழுந்து விடாமலிருக்க நான்கு பிரிகள் கொண்ட கட்டை, மூக்கில் போட வேண்டும். அடைப்பானை எடுத்த பிறகு, மூக்கை நோண்டவோ வேகமாக மூக்குச் சிந்தவோ கூடாதென்று நோயாளியை எச்சரிக்க வேண்டும்.

மூக்குப்பக்க புழைகளின் தீவிர மற்றும் நாட்பட்ட அழற்சி (தீவிர மற்றும் நாட்பட்ட புழையழற்சி)

இன்புளுயென்சா மற்றும் தீவிர மூக்கழற்சி, மணல் வாரியம்மை, செங்காய்ச்சல் இன்னும் பல தொற்றும் நோய்களின் போக்கை, மூக்குப் பக்கப்புழைகளின் தீவிர, அழற்சி மேலும் மோசமடையச் செய்கிறது.

அறிகுறிகளும் போக்கும். பாதிக்கப்பட்ட பகுதியில், அழுத்த உணர்வும், இறுக்கமும், ஒரு பக்க அல்லது இருபக்க சீதச்சீழ் அல்லது சீழற்ற மூக்கு வெளிப்போக்கு, தலைவலி ஆகிய குறைகள் இருப்பதாக நோயாளி கூறுகிறார். நோயுற்ற புழைப்பகுதியின் மேல் அழுத்தினால் பெரும்பாலானவர்களில் வலி உணரப்படுகிறது. (நெற்றிப் புழை, மேற்தாடைப்புழை). சில சமயங்களில் நெற்றி, மற்றும் பொட்டுக்கள், கன்ன எலும்பு, மூக்கின் அடி, தாடைகள், பற்கள் ஆகியவற்றில் நரம்பு சார்ந்த வலி ஏற்படுகிறது. உடல் வெப்பநிலை

38—39° செ.—க்கு உயருவது தீவிரநிலைகளைக் குறிக்கிறது. (மேல்) தாடை புழை அழற்சியில் சில சமயங்களில் கன்னத்தில் தொடுவலியும், வீக்கமும், காணப்படுகின்றன. நெற்றிப்புழை பாதிக்கப்பட்ட போது நெற்றிப்பகுதியில் வலியும், வீக்கமும், மேலிமை வீக்கம் மற்றும் ஒளிக்கூச்சம், கண்ணீர் சொரிவு ஆகியவையும் காணப்படுகின்றன. சல்லடை எலும்பின் வளைகூட அணுக்களின் அழற்சியும், வழக்கமாக மேற்தாடை, நெற்றி அல்லது ஆப்பெலும்புப்புழைகளின் அழற்சியுடன் சேர்ந்து காணப்படுகிறது.

நாட்பட்ட அழற்சியில் அகவயக்குறிகள் மிகவும் பலவீனமாயுள்ளன. பல சமயங்களில் நோயுற்றவர், நுகர்வுணர்வு குறைந்துள்ளதை உணருகிறார். நாட்பட்ட புழையழற்சியின் விளைவாக மூக்கிலும் மூக்குப் பக்கப்புழைகளிலும் கட்டிகள் உண்டாகின்றன. அவை வெண் சாம்பல் நிறமாக அல்லது சில போது மஞ்சள் சிவப்பு நிறமாகவும் ஜெல்லி போன்றும் ஒரு மழமழப்பான பரப்பைக் கொண்டுள்ளன. சிலரில், மூக்குக் குழிவறை முழுவதும் சிறு கட்டிகளால் நிரம்பியிருக்கிறது. மற்றவர்களில் ஒரு பெரிய கட்டி குழிவறையை நிறைத்து, சில போது, மூக்குத்துளைக்கு வெளியே துருத்திக்கொண்டும் உள்ளது. கட்டிகள் வழக்கமாக நடு அல்லது மேல் மூக்குக் கால்வாயில் அமைந்துள்ளன.

இறுதியான நோய் நிர்ணயத்தை மேற்கொள்ளவும், மேற்தாடை மற்றும் நெற்றி, ஆப்பெலும்புப் புழைகள், சல்லடை வலை அணுக்கள் ஆகியவற்றின் பாதிப்புகளை வேறு படுத்தியறியவும், ஒரு சிறப்பு மருத்துவரால் செய்யப்பட வேண்டிய பரிசோதனைகள் பல உள்ளன. அவையாவன: புழையுள்நோக்கல், எக்ஸ்கதிர் சோதனை, கண்டறியவும் துளை யீட்டைத் தொடர்ந்து, புழைப்பாய்ச்சல் ஆகியவை.

சிகிச்சை. காய்ச்சல் உள்ள நோயாளிகள் சிகிச்சையகத்திற்கு அனுப்பப்பட வேண்டும், அல்லது குறைந்தளவு, படுக்கையிலாவது கிடத்தப்பட வேண்டும். காய்ச்சலெதிர் மருந்துகளான 0.5கி. அசிடைல் சலிசிலிக் அமிலம், 0.1கி. காஃபீன், ஆகியவற்றில் ஒரு தூளை தினமும் இரண்டு அல்லது மூன்று முறை எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும். சீதச்சவ்வு வீக்கத்தை, குறிப்பாக புழைத்துளையைச் சுற்றிலும் உள்ள வீக்கத்தைக் குறைக்கவும், புழையிடங்கள் வடிப்பை அதிகரிக்கவும் 1—2% கொக்கைன் கரைசல், 3% எபிட்ரின் கரைசல், 2—3% அட்ரினலின் கலந்த எபிட்ரின் அல்லது கொக்கைன் கரைசல் ஆகியவற்றில் ஒன்றை, மூக்கு நடுக்கால் வாயில் பூச வேண்டும். நோயாளி கிடை நிலையில், தலையை சிறிது பின்புறமாகச் சாய்த்தும் பாதிக்கப்பட்ட பக்கத்தில் சிறிது சாய்ந்தும் இருக்கும் நிலையில் மூக்குக்குள் சொட்டுகளை விடுவது தான் நல்லது, ஏனெனில் அப்போது தான் சொட்டுகள் நடு மற்றும் மேல் கால்வாய்க்குள் செல்லும். மூக்குப்

பக்க புழைகளின் தீவிர அழற்சியைக் குணப்படுத்த சோல்லக்ஸ் விளக்கொளி மற்றும் புற ஊதாக்கதிர்களைப் பாய்ச்சுவதும், கட மிகையலைவு சிகிச்சை, வெப்பமூட்டும் திண்டுகள், சூடான ஒத்தடங் கள் ஆகியவை உதவுகின்றன.

தீவிர அழற்சி நீடிக்கும் போது, மின் வெப்ப மூட்டு சிகிச்சை (12—15 தடவைகள், ஒவ்வொரு தடவையும் 10—15 நிமிடங்கள், தினமும் அல்லது ஒன்று விட்டு ஒரு நாள்) தேவைப்படுகிறது. பொது வான நச்சமைவு மற்றும் கடுமையான தலைவலி, ஏராளமாக மூக் குப் போக்கு உள்ள தீவிரமான நோயுள்ள போது எதிர் உயிர் மருந் துகள் மூன்று அல்லது நான்கு நாட்களுக்குக் கொடுத்து சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. ஏராளமான சீழ்ப்போக்குள்ள நீடித்த நோய் நிலைகளில், ஆபத்துக்குரிய அமைப்புக்கூறுகள் அடுத்துள்ள போது, சிறப்பு மருத்துவரால் சிறிய அறுவை ஒன்று செய்யப்படுகிறது. கட்டி களை நீக்குதல், மூக்கு நடுச் சுவர் துருத்தத்தின்பகுதியைஅரிந்தெடுத் தல், மேற்தாடைப்புழையை பல முறை துளையிடுவதோடு, ஒவ் வொரு முறையும் தொடர்ந்து எதிர் உயிர் மருந்துக் கரைசல்களை உள்ளேற்றல் ஆகியவை. தலை வலியைப் போக்க அசிடைல் சலி சிலிக் அமிலம், அனால்ஜின், அமைடோபைரின் ஆகியவை கொடுக் கப்படுகின்றன.

மூக்குப்பக்கப்புழைகளில் நாட்பட்ட அழற்சியுள்ள நோயாளி களுக்கு, முதலில் தீவிர நிலையுள்ளவர்களைப் போலவே சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும். இது தோல்வியுறுமானால் அறுவை சிகிச்சை செய்யப்பட வேண்டும், பாதிக்கப்பட்ட புழை திறக்கப்பட்டு, மூக் கின் வழியாக திரவம் வடிக்கப்படுகிறது. இத்துறையில் வல்லுநரான ஒருவரால் இந்த அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படும் நோயாளிகளின் எண்ணிக்கை வெகுவாகக் குறைந்துள்ளது.

அறுவைக்கு முந்திய, மற்றும் அறுவைக்குப் பிந்திய கண்காணிப்பு

அறுவை சிகிச்சைக்கான பொதுநெறி முறைகளின்படி, நோயா ளியை, அறுவை சிகிச்சைக்கு முன்னால், செவிலியர், தயார் செய் கிறார். மலக்குடல் காலி செய்யப்பட்டு, குளியல் எடுத்துக் கொள் ளப்படுகிறது. நோயாளியை வாயைச் சுத்தம் செய்யுமாறு, செவி லியர் அறிவுறுத்துகிறார். அவர் பிரஷ்கொண்டு பல் துலக்க வேண்டு மென்றும், வாயை போரிக் அமிலக் கரைசல் அல்லது ஹைட்ரஜன் பெராக்சைடு கொண்டு கழவ வேண்டும் எனப் பணிக்கப்படுகிறார், மூக்கு சிலேட்டுமத்தை உணர்விழக்கச் செய்வதற்கான கொக்கை னையும், ஊசி போடுவதற்காக புரோகைனையும் அறுவை சிகிச் சைக்கான கருவிகளையும் தயார் செய்வது கூட செவிலியரின் கட மையாகும். மேற்தாடைப்புழையைத் திறப்பதற்கான அறுவைக்குப்

பிறகு, துவாலையில் சுற்றப்பட்ட ஐஸ் கட்டிப்பையை ஆறு முதல் எட்டு மணி நேரத்திற்கு வீக்கத்தைக் குறைப்பதற்காக கன்னத்தில் வைக்க வேண்டும். 30 நிமிடங்களுக்கு ஒரு முறை, 10—15 நிமிடங்களுக்கு ஐஸ் கட்டிப்பையை அகற்றி விட வேண்டும். நோயாளிக்கு 4—5 நாட்களுக்கு வெதுவெதுப்பான உணவும், நீர்மமுமே கொடுக்கப்பட வேண்டும். அறுவைக்குப் பிந்திய 5—6—7 வது நாட்களில் மேற்தாடைப்புழையை மருத்துவர் பாய்ச்சிக் கழுவ வேண்டும். இதைச் செய்ய இலேசான சூடுள்ள இயங்கியல் உப்புக் கரைசலும், தொற்றொழித்த ரப்பர் குழலிணைக்கப்பட்ட ஒரு கேனுலாவும், ஒரு ரப்பர் பலூனும் (எல்லாம் முன்கூட்டியே கொதிக்கவைக்கப்பட்டு தொற்றொழித்து இருக்க வேண்டும்) தேவைப்படுகின்றன. மருத்துவரின் மேற்பார்வையில் செவிலியர் மற்ற திரவப் பாய்ச்சல்களை செயல்படுத்தலாம்.

மூக்கின் தீயபுற்றுக்கட்டிகள் (கார்சினோமாவும் சார்கோமாவும்)

அறிகுறிகளும், போக்கும். மிகவும் வழக்கமாகக் காணப்படும் அறிகுறிகளாவன: ஒருபக்க மூக்கடைப்பும், அப்பக்க நாசித்துளையிலிருந்து நாற்றத்தோடு கூடிய இரத்தம் கலந்த வெளிப்போக்கும், மூக்கு அல்லது மேற்தொண்டையிலிருந்து இரத்தம் வடிதலும், இதன் அறிகுறிகளாகும். கட்டி வளருவதால், முக எலும்புகள் நிலைகுலைந்து, கண்கோளம் இடம் பெயர்ந்து, நரம்பு சார்ந்த வலி உண்டாகிறது. மூக்கு உள்நோக்கலில், துழாவியால் தொட்டவுடன் இரத்தக் கசிவுடன் கூடிய ஒரு கழலைக கட்டியைக் காணமுடிகிறது.

நோய்க்கணிப்பு. கட்டியின் மாதிரியொன்றை செல்லியல் சோதனை செய்வதன் மூலம் நோய் நிர்ணயமாகிறது. கட்டியின் அளவையும், அது பரவியுள்ள விரிவையும் ஊடு கதிர் வரைவு மூலம் தீர்மானிக்க முடிகிறது.

சிகிச்சை. ஊடுகதிர் சிகிச்சையோடு அறுவை சிகிச்சையும் இணைத்து செய்யப்படுகிறது. சோவியத் யூனியனில் பரந்த அளவில் நடத்தப்படும், மக்கட் தொகை முழுமைக்குமான முன்காப்பு சோதனையிலும், மூச்சு மேல் பாதை நீர்க்கோப்பின் நீடித்த வகைகளால் துன்புறும்] நோயாளர்களின் தனியாள் சோதனைக்கும் செவிலியர் உதவி செய்கிறார். தீய புற்றுக் கட்டி தோன்றுவதற்கு முன், ஏதோ ஒரு நாட்பட்ட நோய் இருந்திருக்கக் கூடும் என்பதை அறிந்திருப்பது முக்கியமாகும். சான்றாக, மூக்குப்பக்கப் புழைகளின் நாட்பட்ட நோய்களும், அவற்றோடு மூக்குக் கட்டிகள் அடிக்கடி திரும்பத் திரும்ப ஏற்படுவதும், மூக்கின் நுழையுமிடத்தில் இருந்து கொண்டு பல காலத்திற்கு ஆறாமலிருக்கும் புண்கள் போன்றவை. எனவே

தான் புற்று நோய்களைத் தடுப்பதற்கு, எந்த ஒரு சந்தேகத்துக்குரிய அறிகுறியும் தோன்றிய உடனேயே நோயாளியை, சிறப்பு வல்லுநரிடம், செவிலியர் அனுப்பி வைக்க வேண்டும். ஏனெனில் அவர் மட்டும் தான், புது வளர்வின் தன்மையைக் கண்டறிய முடியும்.

மூக்கு, மற்றும் மூக்குப் பக்கப் புழைகளுக்கு காயங்கள்

கன்னிப்போன காயம், மென் திசுக்களுக்கு ஊறு, எலும்புக் கூட்டின் என்பு மற்றும் குருத்துக்களின் எளிய அல்லது சிக்கலான முறிவுகள் பிரித்தறியப்படுகின்றன. அடிக்கடி மூக்கு எலும்புகள் சேதமடைகின்றன. காயத்தின் காரணமாக மூக்கின் தடுப்பு மத்திச் சுவர், உருக்குலைந்து, இடம் பெயர்ந்து, விலகி, முறிகின்றது. அத்த கையநிலைகளில் மூக்குக் காயங்கள், தடுப்புச் சுவரின் சிலேட்டுமம் அடியில் குருதிக் கட்டிகளை தோற்றுவிக்கின்றன. அதன் பின்னர் வந்த நோய்த் தொற்று காரணமாக, சீழ் கொண்டு, அது ஒரு சீழ்க் கட்டியாக மாறுகிறது.

அறிகுறிகள். மூக்குக் காயங்களில், மூக்கு இரத்தக்கசிவு, எலும்புத் துண்டுகளின் இடப்பெயர்வால் வலி, மூக்கடைப்பு, அடிபட்ட இடத்தில் இரத்த ஒழுக்கு, பின்வந்த வீக்கம் ஆகியவை தோன்றுகின்றன. எலும்புகள் இடம் பெயர்தலும், நொறுங்கொலியும், தொடுவலியும், முறிவிடத்தில் தொட்டறிவதால் உணரப்படுகின்றன. காயத்தின் தன்மையை, முக்கெலும்பின் எக்ஸ் கதிர் படம் நிலை நிறுத்துகிறது.

சிகிச்சை. எல்லாவற்றையும் விட, முதலில், இரத்தப்பெருக்கை கட்டுப்படுத்துவது முக்கியமாகும். (மூக்கு இரத்த ஒழுக்கு பகுதியை காண்க). அதன் பின்னர், எலும்புத் துண்டுகளை நிலையில் முன் அடைப்பு கொண்டு அசையாமல் வைக்க வேண்டும். எலும்புத் துண்டுகளை ஒழுங்கமைப்பதை மருத்துவர் ஒருவர் தான் செய்ய வேண்டும்.

மூக்கு தடுப்புச் சுவரில் தேங்கியிருக்கும் குருதிக் கட்டியை உறிஞ்சி அகற்ற வேண்டும், அல்லது திறந்து விட வேண்டும். காலத்தில் வெளியேற்றப்படாத குருதிக்கட்டி, ஏறக்குறைய எப்போதும், பின் வரும் நோய் தொற்றால் சீழ்கட்டியாக மாறுகிறது. தேவைப்படும் போது தடுப்புச் சுவர் சீழ்கட்டியை திறக்கவில்லை எனில் அது, தடுப்புச் சுவரை அழித்து, விடும். பின் விளைவாக, மூக்கின் சேணம் போன்ற விகாரம் ஏற்படக் கூடும். எதிர் உயிர் சிகிச்சை, நோய் தொற்று பரவுவதையும், சிக்கல்கள் தோன்றுவதையும் தடுக்கிறது.

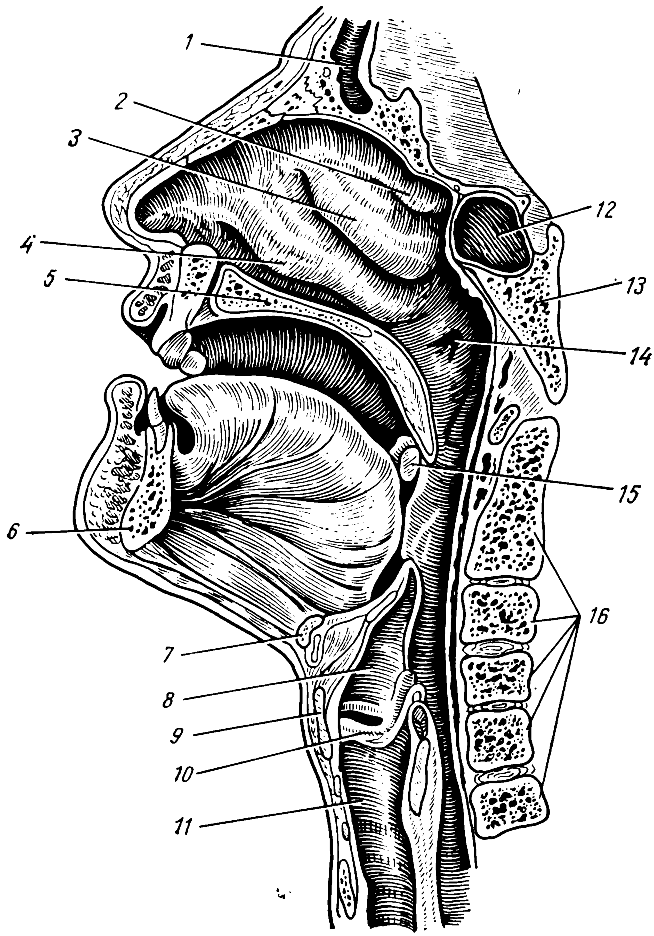
II. மேற்தொண்டையின் நோய்கள்

தொண்டை நுழைவாயில் மற்றும் மேற்தொண்டையின் உடற்கூறு இயல்

ஃபேரிங்க்ஸ் எனப்படும் மேற்தொண்டை, கபாலத்தின் அடிப் பகுதியிலிருந்து துவங்கி, கீழே உணவுக்குடலுடன் தொடர்ந்துள்ள ஒரு குழாயாகும். (படம் 97) மூக்குப் பின் துளைகளின் மூலமாக மூக்குக் குழிவறையோடு தொடர்பு கொள்ளும் அதன் மேல் பகுதிக்கு மூக்கு மேற்தொண்டை எனப்பெயர். கடின அண்ணத்துடன் தொடர் பாயுள்ள பின் செல்லும் ஒரு பரப்பு, மூக்கு—மேற்தொண்டையை, மேற்தொண்டையின் நடுப் பகுதியிலிருந்து பிரிக்கிறது. இதை வாய் மேற்தொண்டை என்கிறோம். (படம் 98) மேற் தொண்டையின் இந்தப் பகுதி முன்புறமாக திறந்து, வாய் குழிவறையுடன், தொண் டைநுழைவாயில் மூலம் தொடர்பு கொண்டுள்ளது.

தொண்டை நுழைவாயிலின் எல்லைகளாக மேலே மெல்லண் ணம், கீழே நாக்கின் அடிப் பகுதி, இரு பக்கங்களிலும் முன் மற்றும் பின் அண்ணத் தூண்டுகள் அமைந்துள்ளன.

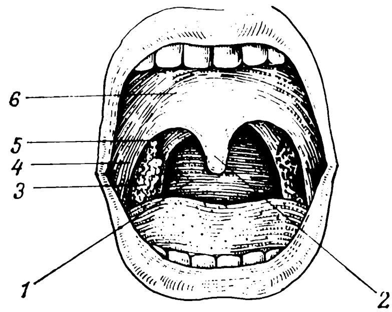
மேற்தொண்டையில் நிணச் சுரப்பித்திசு நிறைய காணப்படு கிறது. அண்ணத்தூண்களிடையே இத்திசு நிறைந்து காணப்படுகிறது. இதை அண்ண டான்சில்கள் என்கிறோம். (1வது, 2வது) மேல் தொண்டையை நோக்கியுள்ள அவற்றின் தனிப்பரப்பில் மறைக்கு ழிகள் அல்லது இடை வெளிகள் காணப்படுகின்றன. 3வது டான்சில் மேற்தொண்டையின் வளை கூரையிலும், 4வது டான்சில் நாவடிப் பகுதியிலும், அமைந்துள்ளன. இந்த நான்கு டான்சில்களும் சீதச் சவ்வுக்குள் அமைந்துள்ள நிணச் சிறுபைகளும் சேர்ந்து, மேற் தொண்டை நிணைவளையம் எனப்படும் வால்டேயரின் வளையமாக அமைகிறது. கேட்புக் குழல்கள் (யூஸ்டாசியன்குழல்) மேற் தொண் டையின் பக்கப் பரப்புகளில் திறக்கின்றன. இதன் மூலம், அது நடுச் செவியுடன் தொடர்பு கொள்கிறது. எண்ணற்ற சீதச் சுரப் பிகளைக் கொண்ட சீதச் சவ்வு மேற்தொண்டையின் உள் வரியாக அமைகிறது. விழுங்கும் போது சுருங்கி, உணவை உணவுக் குழலுக் குள் தள்ளும் தசைகளை, சிலேட்டுமப் படலம் போர்த்தியுள்ளது.



படம் 97. மூக்குக் குழிவறை, மேற்தொண்டை, குரல்வளை ஆகியவற்றின் முன்பின் நீள்வெட்டுத் தோற்றம்

1. நெற்றிப் புழை; **2.** மேல் மூக்குச் சுவர் துருத்தம் (காங்கா); **3.** நடு மூக்கு சுவர் துருத்தம்; **4.** கீழ் மூக்கு சுவர் துருத்தம்; **5.** வல்லண்ணம் (கடின); **6.** கீழ்தாடை எலும்பு; **7.** ஹையாய்டு எலும்பு; **8.** குரல்வளை மூடி; **9.** தைராய்டு குருத்தெலும்பு; **10.** குரல்நாண் மடிப்பு; **11.** மூச்சுக் குழல்; **12.** ஆப்பெலும்புப் புழை; **13.** ஆப்பெலும்பு உடற்பகுதி; **14.** கேட்புக் குழலின் (யூஸ்டேசியன்) மேற்தொண்டை திறப்பு; **15.** அண்ணடான்சில்; **16.** கழுத்து முள்ளெலும்பு

படம் 98. மேற்தொண்டையின் நடுப்பகுதி
1. மேற்தொண்டையின் பின் புறச் சுவர்; 2. உள்நாக்கு 3. அண்ண டான்சில்; 4. முன் புற அண்ணத்தூண்; 5. பின் புற அண்ணத்தூண்; 6. மெல் லண்ணம்



மேற்தொண்டைக்கான பரிசோதனை முறைகள்

பகல் வெளிச்சத்திலும், செயற்கை ஒளிவீச்சுக் கொண்டும், வாய் குழிவறையையும் மேற்தொண்டையின் நடுப் பகுதியையும் சோதிக்க முடியும்.

மூக்கைப் பரிசோதிக்கும் போதுள்ளது போலவே, ஒளியமைப்பை நோயாளியை நோக்கி வைப்பதோடு, தலைக் கண்ணாடி ஒன்றையும் பயன்படுத்த வேண்டும்.

மேற்தொண்டையை சோதிப்பதற்கு முன்னே செய்யப்பட வேண்டிய வாய் குழிவறைப் பரிசோதனை, உதடுகளையும், நுழை வாயிலையும் பார்வையிடுவதுடன் துவங்குகிறது. முதலில் வாயின் ஒரு ஓரத்தையும், பிறகு மற்றதையும், தகடு கொண்டு விலக்கி, மேலுதட்டையும், கீழ் உதட்டையும் கவனமாக வெளித்திருப்ப வேண்டும். சிலேட்டுமப்படலத்தின் நிறம், புண்கள் மற்றும் தேய்வு கள், புண்புழைகள், ஈறுகள் மற்றும் பற்களின் நிலை ஆகியவை கவனிக்கப் படுகின்றன. நாக்கு மற்றும் மெல்லண்ணம் வல்லண்ணம் ஆகியவையும் பரிசோதிக்கப்படுகின்றன.

நாக்கின் நுனியை தகடு கொண்டு உயர்த்திப் பிடித்து வாய்குழி வறைத் தளத்தை பார்வையிடவேண்டும். அதன் பின்னர், நாக்கின் பின் பகுதியை தகடு கொண்டு கீழமுத்தி, அண்ண டான்சில்களை யும், மேற்தொண்டையின் பின் சுவரையும் பரிசோதிக்க வேண்டும். வாந்தி வராது தடுக்க, தகட்டை வாய்க்குள் ரொம்பவும் உள்ளே நுழைக்கக் கூடாது, பரிசோதனையின் போது மூச்சைப் பிடித்துக் கொள்ளாமலும், நாக்கை வெளியே நீட்டாமலும் இருக்கும் படி நோயாளி கேட்டுக் கொள்ளப்பட வேண்டும்.

அண்ணடான்சில்களைப் பரிசோதிக்கும் போது சீதச் சவ்வின் நிறம், அதன் அளவு, அண்ணத் தூண்களுடன் திசு வொட்டல்கள் உள்ளனவா எனவும் மறைகுழிகளின் அடங்கல்கள் ஆகியவற்றையும் கவனித்துப் பார்க்க வேண்டும்.

அடினாய்டுகள்

மூன்றாவது அல்லது மேற்தொண்டை மூக்குப்பகுதி டான்சில்களின் மிகை வளர்ச்சியை அடினாய்டுகள் என்கிறோம். திரும்பத் திரும்ப ஏற்படும் அழற்சி மற்றும் தொற்றும் நோய்கள் (மணல்வாரியம்மை, செங்காய்ச்சல், தொண்டை அடைப்பான், கக்குவான் இருமல், இன்புளுயென்சா இன்னபிற) ஆகியவற்றின் பின்விளைவாக பெரும்பாலும் அடினாய்டுகள் தோன்றுகின்றன. மூன்றிலிருந்து எட்டு மற்றும் 10 வயதுள்ள குழந்தைகளில் அடினாய்டுகள் அதிகமாகக் காணப்படுகின்றன.

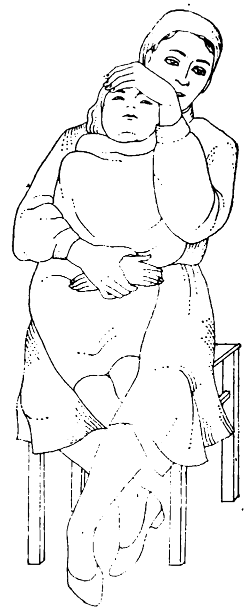
அறிகுறிகளும், போக்கும். மூக்கடைப்பும், நிரந்தர மூக்கழற்சியும் இந்நோயைக் குறிக்கின்றன. குழந்தை, வாயைத் திறந்து கொண்டு தூங்குவதுடன் குறட்டை விடுகிறது. விழித்துள்ள போது கூட வாய் எப்போதும் பாதி திறந்தே உள்ளது. குழந்தைகளுக்கு அடிக்கடி தலைவலி உண்டாகிறது. மனம் சார்ந்த பணிகளில் ஒருமுகப்படுத்த இயலவில்லை. (பள்ளிகளில் அடிக்கடி அவர்கள் பின்தங்கிவிடுகிறார்கள்) அடினாய்டுகளால் உடல் வளர்ச்சியும் தடைபடுகிறது. அத்தகைய குழந்தைகள், ஞாபகமறதியுள்ளவர்களாகவும், சிலபோது, இரவுநேர சிறுநீர் பிரிவால் அவதியுறுகின்றனர். நாட்பட்ட அழற்சி கொண்ட அடினாய்டுகள், மேற்தொண்டை மூக்குப் பகுதியிலும், நடுச் செவியிலும் அடிக்கடி திரும்ப வரும் தீவிர அழற்சிக்கும் காரணமாக இருக்கக் கூடும். காது கேட்பதும் பாதிக்கப்படுகிறது.

கண்டறிதல். மூக்கு மேற்தொண்டை விரலால் தொட்டுணர்வதாலும், பின் மூக்கு உள்நோக்கலாலும், அடினாய்டுகள் கண்டறியப்படுகின்றன.

சிகிச்சை. பொதுவாக, அறுவை சிகிச்சையே தேவைப்படுகிறது. அறுவை சிகிச்சை செய்யப்படக் கூடாதாயின் ஊடுகதிர் சிகிச்சையும், புற ஊதாக்கதிர் சிகிச்சையும் கொடுக்கப்படுகின்றன.

வழக்கமாக வெளி நோயாளிகள் சிகிச்சையகத்தில் மேற்கொள்ளப்படும் அடினாய்டு நீக்க அறுவை சிகிச்சைக்கு, செவிலியரின் உதவி மிக மிக முக்கியமானதாகும். சிகிச்சையகத்துக்கு கொண்டு வரப்படும் குழந்தை, அறியாத புது சூழ்நிலையிலிருப்பது போல உணருமாதலால், குழந்தைக்கு செவிலியர் ஆறுதல் அளித்து, அக்குழந்தையின் ஒத்துழைப்பை முதலில் பெற வேண்டும். உடல் வெப்பம் அடிக்கடி கணிக்கப்படுகிறது. தேவையான கருவிகளின் தொகுப்பு சரி பார்க்கப்படுகிறது. அறுவை சிகிச்சையறையில் உகந்த சூழ்நிலைகள் உண்டாக்கப்படுகின்றன. அறுவை சிகிச்சையின் போது, செவிலியர் தானே குழந்தையை வைத்துப்பிடித்துக் கொள்ள வேண்டும். அல்லது உதவியாளரின் தொடையில் உட்கார்ந்துள்ள குழந்தையின் தலையைத் தாங்கிக் கொள்ள வேண்டும். (படம் 99) அறுவை சிகிச்

சைக்குப் பிறகு குழந்தையை ஒரு ஆய்வு மேசையில் அல்லது படுக்கையில் வைத்து தலையை சிறிது உயர்த்தி வைக்க வேண்டும் மிகவும் அதிகமாகக் காணக்கூடிய சிக்கல் இரத்த ஒழுக்காகும். எனவேதான், குழந்தை அமைதியாக ஒருக்களித்துப் படுத்துக்கொண்டு, இரத்தத்தையும், மிகுதியான உமிழ்நீரையும் (விழுங்கிவிடாமல்) ஒரு தட்டத்தில் அல்லது ஒரு துவாலையில் துப்பவேண்டும். அறுவைசிகிச்சைக்குப் பிந்திய 60—90 நிமிடங்களுக்கு, குழந்தையைத் தூங்கஅனுமதிக்கக்கூடாது. ஏனெனில் குழந்தை தூங்கும் போது இரத்தஒழுக்கு ஏற்பட்டு கவனிக்காத நிலையில் இரத்தம் விழுங்கப்பட்டு, இரைப்பைக்குள் நுழையக்கூடும். சரியான நேரத்தில் இரத்தப்போக்கைக் கண்டுபிடிப்பதும் (ஏராளமாக இரத்தக் துப்புதல், இரத்தவாந்தி, மிகையான நாடித் துடிப்பு, இன்னபிற) அறுவை மருத்துவருக்கு உடனடியாக அறிவிப்பதும், அதைக் கட்டுப்படுத்த தேவையான அனைத்தையும் ஆயத்தம் செய்வதும் செவிலியரின் கடமையாகும். ஒரு மேசை விளக்கும், கருவிகள் கொண்ட ஒரு தட்டமும் (தகடு, நீள இலைகள் கொண்ட குறடு, வட்டகான் கோடோம், பஞ்சு, காரைத் துணிப்பந்துகள்) நோயாளியின் படுக்கைக்கு அருகில் வைக்கப்படவேண்டும். அரிதான சமயங்களில், பின்திணிப்பு செய்யப்பட வேண்டியிருக்கும். அறுவைக்குப் பிந்திய இரண்டு, மூன்று நாட்களில் குழந்தைக்கு இலேசான சூடுள்ள, காரமில்லாத உறுத்தாத உணவுகளைக் கொடுக்க வேண்டும். (கஞ்சி, மெல்லிய கூழ், பால் முதலியன).



படம் 99. அடினாய்டு நீக்க அறுவை சிகிச்சையின்போது குழந்தை இருக்க வேண்டிய நிலை

தீவிர டான்சில் அழற்சி

தீவிர டான்சில் அழற்சி என்பது ஒரு முனைப்பான உடல் தொற்று நோயாகும். அதனில் மேற்தொண்டையிலும், தொண்டை-நுழைவாயிலுமுள்ள நிணத்திசுக்களில் ஏற்படும் எடுத்துக் காட்டான அழற்சி மாற்றங்கள் ஏற்படுவதோடு, அண்ணடான்சில்கள் மிக அதிகமாக பாதிக்கப் படுகின்றன.

வயது வந்தவர்களை விட குழந்தைகளில் இந்நோய் மிக அதிக

மாகக் காணப்படுகிறது. குறிப்பாக பள்ளிமுன்பருவ, துவக்கப்பள் ளிப்பருவ குழந்தைகளில் மிக அதிகமாக உள்ளது.

நோய்க் காரணங்கள். காரணமான முகவங்களாவன: நுண்கிருமிகள், வைரஸ்கள், பெரும்பாலும் ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கை, அரிதாக டிப்ளோகாக்கை, நியூமோகாக்கை, ஸ்டாபிலோகாக்கை, கதிர்வதிவ நுண்ணுயிர்களும், சுருள் நுண்ணுயிர்களும் இணைந்த வகைகள் இன்னபிற. டான்சிலழற்சி, எச்சில் துளி நோய்த்தொற்றால் ஏற்படக்கூடும். டான்சில்களின் மடிப்புகளிலும் மறை குழிகளிலும் எப்போதுமுள்ள நுண்ணுயிர்களின் நோயுண்டாக்குதன்மை அதிகரிப்பால் ஏற்படும் தன் நோய் தொற்றும் ஏற்படக்கூடும். உடல் பலவீனமடைதலும் ஒரு முக்கியமான அம்சமாகும். நோயின் தீவிரத்தன்மையைப் பொறுத்தும், டான்சில்களின் மேலமைந்த படலங்களின்இருப்பு நிலை இடவமைவு, ஆகியவற்றைப் பொறுத்தும் **நீர்கோப்பு வகை, மறைகுழிவகை, நுண்பை வகை** என டான்சிலழற்சி பிரித்தறியப்படுகிறது (வண்ணப்படம் IX).

மிகப்பல சமயங்களில் டான்சில் அழற்சியால், தீவிரமான நோயிடஅல்லது உடற்தொகுதிச் சிக்கல்கள் ஏற்படக்கூடும். (டான்சில் பக்க அழற்சி, சீழ்தாக்கம், மூட்டுகள், மற்றும் இருதயம், சிறுநீரகம் ஆகியவற்றின் நோய்கள்) சில போது பல்வேறு நோய்களைத் தொடர்ந்து (செங்காய்ச்சல், தட்டம்மை, டிப்தீரியா, மேக நோய், இரத்த நோய்கள் இன்னபிற) டான்சில் அழற்சி தோன்றுகிறது.

நீர்கோப்பு டான்சில் அழற்சி. தல அறிகுறிகள்: துவக்கத்தில் உலர்ந்த, புண்ணான தொண்டை, விழுங்கும் போது வலி, சில போது இந்த வலி செவிக்கும் பரவுகிறது. மிகையான உமிழ் நீர் சுரப்பு, அடிக்கடி விழுங்க வேண்டிய கட்டாயம், இளங்குழந்தைகளில் அடிக்கடி வாந்தி ஏற்படுகிறது.

பொது அறிகுறிகள். சோர்வு, தலைவலி, உடல், மூட்டுக்களின்வலி, குளிரும், காய்ச்சலும், காய்ச்சல், இளங்குழந்தைகளில் இது 39°செ. வரை உயரக்கூடும். டான்சில்களில் குருதி மிகைத்து ஓரளவு வீக்கமடைந்து சீதம் காணப்படுகிறது. பாதிக்கப்பட்ட டான்சிலை அடுத்துள்ள கழுத்து நிண முடிச்சுகள் பெரிதாகி, தொடுவலி கொண்டுள்ளன.

மறைகுழி டான்சிலழற்சி. நீர் கோப்பு டான்சில் அழற்சியில் உள்ளதை விட இதில் பொது அறிகுறிகள் மிகவும் தீவிரமாயுள்ளன. திடீரெனத் துவங்கும் இதில் குளிரும், காய்ச்சலும், (39—40° செ) சோர்வும் தலைவலியும் விழுங்கும் போது வலியும் ஏற்படுகின்றன. டான்சில்கள் வீங்கியுள்ளன. அண்ணடான்சில்களின் வீக்கமடைந்து சிவந்துள்ள சிலேட்டுமத்தின் மேலுள்ள மறைகுழிகளின் ஆழத்திலிருந்து, மஞ்சள் வெள்ளைப் படலங்கள் துருத்திக் கொண்டுள்ளன. டான்சிலின் உயரமைந்த பகுதிகளின் மேல் இப்படலங்கள் சிறிது

சிறிதாக பட்டைகளாகப் படருகின்றன. ஆனால் டிப்தீரியா நோய்க்கு மாறாக டான்சில்களைத் தாண்டி சுற்றிலுமுள்ள மேற்தொண்டை சவ்வுப் பகுதிகளுக்கு அவை எப்போதும் பரவுவதில்லை. ஒரு துழாவி யில் சுற்றப்பட்ட பஞ்சைக் கொண்டு, படலங்களை எளிதில் நீக்க முடிகிறது. இதை செய்யும் போது டான்சில் திசுவிலிருந்து இரத்தம் வெளிப்படுவதில்லை. கழுத்து மற்றும் கீழ்த்தாடையடி நிணக்கணுக் கள் பெரிதாகி, தொடுவலி கொண்டுள்ளன. மறைகுழிடான்சில் அழற்சி, பொதுவாக, 5—7 நாட்களுக்கு நீடிக்கிறது.

நுண்பை டான்சிலழற்சி. இந்நோயும் திடீரெனத் துவங்குகிறது. குளிரும், வலியோடு வீக்கமும் பொதுவான உடல் பலவீனமும், தலைவலியும் உறுப்புக்களிலும், முதுகிலும் வலியும் காணப்படு கின்றன. உடலின் வெப்ப நிலை 39—40° செ.—க்கு அதிகரிக்கிறது. இரண்டு வீக்கமடைந்த அண்ணடான்சில்களுடையவும், சிவந்த கரப்பு சீழ் கொண்ட டான்சில் நுண்சுரப்பிகாளன சீதப்பரப்புக்கு சிறிது மேலாக எழும்பியுள்ள ஊசித்தலையளவுள்ள, பல வட்டமான மஞ் சள் வெள்ளை நோய் மாற்றங்களால் மூடப்பட்டுள்ளது. நோய் மாற்றங்களின் காரணமாக, டான்சிலின் பரப்பு விண்மீன்கள் நிறைந்த வானம் போலத் தோற்றமளிக்கிறது. கழுத்துப்பகுதி மற்றும் சீழ்த் தாடையடி நிணக்கணுக்கள் வீங்கி, தொடுவலி கொண்டுள்ளன. நோய் நிலை 5—7 நாட்களுக்குள் சீரடைகிறது.

டான்சில் அழற்சியின் போது பராமரிப்பும் சிகிச்சையும். நோயாளி களுக்கு கீழ்க் கண்டவை பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன: கிடை ஓய்வு, உட்கொள்ள ஏராளமான திரவம், இளஞ்சூடான ஊட்டம் நிறைந்த உறுத்தாத உணவு, பல வைட்டமின்கள், தொண்டை கொப்புளிக்க சவ்வு சுருக்கிகள் கொண்ட கரைசல் (சேஜ், மேட்ரிகேரியா) தொற்று நீக்கிகள் (ஒரு டம்ளர் தண்ணீரில் அரைத் தேக்கரண்டி போரிக் அமிலம் பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் 1:2000, 3% ஹைட்ரஜன் பெராக்சைடு கரைசல் 1—2 மேசைக் கரண்டி அளவு 1 டம்ளர் நீரில்; 1 டம்ளர் நீரில் கிராமிசைடின் 2 மி.லி.) கொடுக்கப்படுகிறது. அல்கஹால் கொண்டு (1/3 அல்கஹாலும் 2/3 தண்ணீரும்) கழுத்துக்கு ஒத்தடம் கொடுக்கப்படுகிறது.

எடுக்க
போரிக் அமிலம் 20.0
ஒரு டம்ளர் இளஞ்சூடாயுள்ள கொதிக்கவைத்த நீரில் அரை கரண்டி ஊற்றி கொப்புளிக்க

பொட்டாசியம் ஹைபர்மாங்கனேட் 1.0
ஒரு டம்ளர் கொதி நீரில் 2—3 படிகங்களையிட்டு கொப்புளிக்க

ஹைட்ரஜன் பெராக்சைடு 3%—100.0
ஒரு டம்ளர் கொதிக்க வைத்த
இளஞ்சூடான நீரில் ஒரு
மேசைக்கரண்டியளவு கொப்புளிக்க.

கிராமிசைடின் 2.0.
டி.டி.டி. எண் 6 கண்ணாடிக்கலம்.
ஒரு கலத்திலுள்ளதை 1 டம்ளர்
நீரில் கரைத்து கொப்புளிக்க.

ஒத்தடம் விழுந்துவிடாமலிருப்பதற்காக தலையைச்சுற்றி ஒரு கட்டு கொண்டு இறுக்கிக் கட்டி விட வேண்டும். பகலில் 2—3 மணி இடைவெளிகளில் ஒவ்வொருமுறையும் 2—3 நேரம் வைத்து ஒத்த டத்தை மாற்ற வேண்டும். சல்பனிலமைடை (சல்படயசின், சல்ப தாசோல், சல்பாடிமிடின்) வாய் வழியாக வயதைப் பொறுத்து 0.1 முதல் 0.6 கி. அளவில் நான்கு மணிக்கு ஒரு தடவை கொடுக்க வேண்டும்.

சல்பாடைமெசினி 0.5
டி.டீ.டி. எண் 24, மாத்திரையாக
தினமும் 4—6 தடவைகள் வேளைக்கு ஒரு மாத்திரை

சீழ்த்தாக்கத்தின் போதும் மற்ற சிக்கல்களின் போதும், சல்பனில மைடுகளும், எதிர் உயிர் மருந்துகளும் கொடுக்கப்படுகின்றன. இரு தயம் மற்றும் இரைப்பை—குடல் பாதையின் நிலை கவனிக்கப்படு கிறது. நோயாளி, தனது முந்தையப் பணியைத் துவங்கு முன்னர் இரத்தப் பரிசோதனையும், சிறுநீர் பகுப்பாய்வும் செய்யப்பட வேண் டும். ஏதாவது கோளாறுகள் காணப்படுமாயின், உள்நோய்களுக் கான சிறப்பு மருத்துவரைக்கொண்டு, அவர் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும்.

டான்சில் அழற்சியைத் தடுத்தல். இதில் உடலமைப்பை வலுப் படுத்தும் பொதுவான உடல் நல மூட்டு முறைகளும் தீங்கு தரும் சூழ்நிலைக் கூறுகளைத் தடுப்பாற்றலை மேம்படுத்துவதும், உழைப் புக் காப்புமுறைகளும், அடங்கும். இவையாவன:1. நிறுவனங்களில் துப்புரவு. தொழிலாளர்கள் துப்புரவு நுட்பவியல் முறைகளைக் கடைப்பிடித்தல், முறையான பரிசோதனை டான்சில் அழற்சியால் அவதியுறும் நோயாளிகளுக்கு சிகிச்சை அளித்தல்; 2. அன்றாட வாழ்வில் ஆரோக்கியமான சூழ்நிலைகளைப் பேணிக்காத்தல், தனி யாள் நலம் பேணல், உடல் வலுப்படுத்தும் முறைகள்; 3. டான்சில் அழற்சி உருவாவதற்கு வாய்ப்பாக உள்ள நோய்களுக்கு சிகிச்சை (நாட்பட்ட டான்சில் அழற்சி, சீழ் கொண்ட மேற்தாடைபுழை

யழற்சி, அடினாய்டு வளர்ச்சி, சொத்தையான பற்கள் இன்னபிற).

டான்சில் அழற்சியில் தொற்றும் தன்மை அதிகமாக இல்லாத போதிலும், நோயாளிகளைத் தனிவார்டுகளில் வைத்து அவர்களுக் கென்று தனியான கோப்பைகளும், தட்டுகளும், தட்டுமுட்டுச் சாமான்களும் தரப்படவேண்டும். நோயாளிகள், ஆரோக்கியமான வர்களோடு தொடர்பு கொள்வது தவிர்க்கப்பட வேண்டும், இது முக்கியமாக குழந்தைகளுக்குப் பொருந்தும். ஏனெனில் அவர்களை டான்சில் அழற்சி எளிதில் பற்றுகிறது. எனவே குழுமங்களில் உள்ள ஒரு குழந்தை (காப்பகங்கள், இளஞ்சிறார் பள்ளி, தங்கிப் பயிலு மிடங்கள்) டான்சில் அழற்சி நோயால் பாதிக்கப்படுமானால், அதை உடனடியாகத் தனிமைப்படுத்த வேண்டும். இந்த நிறுவனங்களில் குழந்தைகளின் தொண்டையை தினமும் பார்வையிடுவது, நோயை துவக்கத்திலேயே கண்டு பிடிப்பதற்காக கட்டாயமாக கடைபிடிக் கப்பட வேண்டிய செயல்முறையாகும். டான்சில் அழற்சி கொண்ட வர்கள் பல சமயங்களில் காது மூக்கு தொண்டை நிபுணர் ஒருவரிடம் சிகிச்சைக்காகவும், அவசியமானால் டான்சில்களை அறுவை மூலம் நீக்குவதற்காகவும் அனுப்பப்படுகிறார்கள்.

டான்சில் சளி அழற்சி அல்லது டான்சில் பக்க சீழ்க்கட்டி (குவின்சி). தீவிர டான்சில் அழற்சிக்குப் பிறகு, அல்லது நாட்பட்ட டான்சில் அழற்சிநோய் மிகும் போது ஏற்படும் சிக்கலாக, இந்நோய் தோன்று கிறது. நோய் தொற்று, டான்சில் பக்கத் திசுவைத் துளைத்து, அங்கு பரவலாக அழற்சி தோன்றி, பின்னர், ஒரு சீழ்க்கட்டி தோன்றுகிறது.

அறிகுறிகளும், போக்கும். விழுங்கும் போது தீவிரமான, ஒருபக்க வலியோடு இந்நோய் துவங்குகிறது. வலி செவிப்பக்கம் பரவுகிறது உடலின் வெப்ப நிலை அதிகரித்து (38—39°செ) உடல் நிலை மோச மடைகிறது. பாதிக்கப்பட்ட பக்கத்தில் அப்பகுதி மெல்லண்ணம் சிவந்தும், வீங்கியும் உள்ளதோடு, உள் நாக்கும் வீங்கி, மறுபக்கத் திற்கு இடம் விலகி உள்ளது. நிணக் கணுக்கள் (கழுத்து மற்றும் கீழ்த்தாடையடி) பெரிதடைந்து, தொடுவலிகொண்டுள்ளன. நோயாளி சிரமத்துடனேயே வாயைத் திறக்க முடிகிறது. பேச்சு, மூக்கால் பேசுவது போல் உள்ளது. உண்பது கடினமாக அல்லது முடியாததாகக் கூட ஆகிறது. நீரும், நீர்த்த உணவு மூக்கின் வழியே வெளியே வருகிறது.

சிகிச்சை. சீழ்த்தாடையடிப்பகுதியில், ஒரு மின்சூட்டுக்கருவி அல்லது சுடுநீர் புட்டியை வைப்பதன் மூலம், சீழ்க்கட்டி உருவாவது, துரிதமடைகிறது. ''சோல்லக்ஸ்'' (சூரியவிளக்கு) ஒளிக்கதிர் பாய்ச்சுதல், கழுத்தில் சுடு ஒத்தடங்கள், ஆவி உள்ளழுத்தல் ஆகியவை பயன்படுத்தப்படுகின்றன. எதிர் உயிர் மருந்துகள் கொடுக்கப்படு கின்றன. கடுமையான வலி உள்ளபோது அசிடைல் சலிசிலிக் அமிலம், அமைடோபைரின், காஃபீன், அனால்ஜின் ஆகியவை கொடுக்கப்படு

கின்றன. ஏறியிறங்கும் அமுக்கம் தெரிந்த உடன், முன் அண்ணத்தூண் வழியாக, மிகவும் துருத்திக் கொண்டிருக்கும் பகுதியில், சீழ்க்கட்டி, அறுவை மூலம் திறக்கப்படுகிறது. ஒரு அறுவைக்கத்தியின் முனையில் 0.5 செ.மீ. மூடப்படாமல், மற்றபகுதிகள் எல்லாம் ஒரு ஒட்டுப் பிளாஸ்திரி கொண்டு மூடப்பட்டு (இரத்த நாளங்களுக்கு ஊறுநேராமல் தடுக்க) அதைக் கொண்டு சீழ்க் கட்டி திறக்கப்படுகிறது.

டிப்தீரியா (நுழைவாயில் தொண்டை அடைப்பான்)

லாஃப்லர் கிருமியால் உண்டாக்கப்படும் டிப்தீரியா (தொண்டையடைப்பான்) ஒரு தொற்றும் நோயாகும். கிருமி உள் நுழைந்த 2 முதல் 7 நாட்களுக்குள் நோய் வெளிப்படுகிறது. நோய் பரவும் வழிகளாவன: இருமல்; தும்மல்; பேசும்போது நோயாளி கையாண்ட பொருட்கள் மூலமாக. நோயிலிருந்து குணமடைந்த ஒருவரால் அல்லது நோய் கிருமியைக் கடத்தும் ஆரோக்கியமான ஒரு நபரால் நோய் தொற்று பரவக்கூடும். இரண்டு முதல் ஆறு வயதுக் குழந்தைகளில் மிக அதிகமாகக் காணப்படும் இந்நோயால், தொண்டை நுழைவாயிலும், டான்சில்களும் முக்கியமாக பாதிக்கப்படுகின்றன.

இளங்குழந்தைகளும், வயது வந்தவர்களும் மிகவும் அரிதாகவே, இந்நோயால் பாதிக்கப்படுகின்றனர்.

தீவிரமற்ற டிப்தீரியா நோய் வகைகள், (எல்லையிடம் அமைந்த டிப்தீரியா) மறை குழி அல்லது நுண்பை டான்சில் அழற்சியைத் தொடர்ந்து, உண்டாகின்றன. குழந்தைகளில் காய்ச்சல் குறைவாகவே காணப்படுகிறது. வயது வந்தவர்களில் காய்ச்சலே இருப்பதில்லை. இந்தவகை டிப்தீரியாவில் பொதுவான உடல் விளைவுகளோடு, ஓரளவு வீங்கிய டான்சில்களின் சிவந்த பரப்பின் மேல் சாம்பல் நிற அல்லது சாம்பல் வெள்ளைப் புள்ளிப்படலம் தோன்றுகிறது.

பெரும்பாலானவர்களில், இப்படலப்புள்ளிகள் ஒருங்கிணைந்து உறுதியாக இடமமைந்த படலங்களைப் போலத் தோன்றும் வெண்மையான அல்லது சாம்பல் வெள்ளை அல்லது சில சமயங்களில் மஞ்சள் தீவுத் திட்டுகள் தோன்றுகின்றன. இப்படலங்கள், டான்சிலை மூடியிருப்பதோடல்லாமல், பரவியவகை டிப்தீரியாவில் அண்ணத் தூண்களுக்கும் மெல்லண்ணத்துக்கும் பரவியிருப்பதோடு, படலத்திற்கு மேல் பல சமயங்களில் எழும்பியுமுள்ளன.

டிப்தீரியாவில் தீவிரமான நச்சுவகைகளில் மிகவும் மோசமான பொது உடல் விளைவுகள் உடன் தோன்றுகின்றன. உடல் வெப்பநிலை வழக்கமாக 39—40° செ.—க்கு உயர்ந்துள்ளது. நோயாளி வெளுத்துப்போய், சோர்ந்து காணப்படுகிறார். மூச்சு கெட்ட நாற்றத்துடன் உள்ளது. நாடித்துடிப்பு பலவீனமாகவும், வேகமாகவும்,

லயமின்றியும் இருப்பது, இருதயத்தில் நச்சு விளைவு ஏற்பட்டுள்ளதைக் காட்டுகிறது.

இரத்தக்கசிவு வகை டிப்தீரியாவில், படலங்கள் இரத்தத்தால் நிறைக்கப்பட்டும், தோலிலும் சிலேட்டுமங்களிலும் இரத்தக்கசிவு இருப்பது இந்நோய்களைக் குறிக்கின்றன.

வரையறுக்கப்பட்ட டிப்தீரியா வகையை மறைகுழி டான்சில் அழற்சியிலிருந்து வெளிப்படலங்கள் உள்ளபோது பிரித்தறிய இவ் விருநோய்களின் பிரதானமான அறிகுறிகளைக் காட்டும் அட்டவணையைப் பயன்படுத்தப்பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

அட்டவணையிலுள்ள ஒவ்வொரு தனி அறிகுறியும் இரண்டிலொன்றின் நோய்ச் சிறப்பியல்பானவை அல்ல. ஆனால் காணப்படும் எல்லா அறிகுறிகளையும் கொண்டு, சிரமமான பொழுது நோய்க் கணிப்பைச் சரியாகச் செய்யமுடியும்.

டிப்திரியாவையும், டான்சில் அழற்சியையும் வேறுபடுத்த அறிகுறிகள்

சிகிச்சை. நோய் நிர்ணயமானவுடன், ஐயம் இருந்தபோதும்கூட, நுண்ணுயிரியல் சோதனை முடிவுக்காகக் காத்திராமல் டிப்தீரியா நச்சு எதிர் மருந்து (டிப்தீரியத ஆண்டிடாக்ஸின்) ஊசி மூலம் செலுத்தப்படுகிறது. உணர்வு விளைவுத் தணிப்பு பின்ன முறை மூலம் நச்சு எதிர் மருந்து செலுத்தப்படுகிறது. முதலில் சரும அடி ஊசியாக 0.1 மி.லி. உட்செலுத்தப்படுகிறது. 30 நிமிடங்கள் கழித்து 0.2 மி.லி. ஒரு மணி நேரங்கழித்து தேவையான அளவு நச்சு எதிர் மருந்து தசை ஊசியாக செலுத்தப்படுகிறது.

வயதான குழந்தைகளுக்கு தலசிகிச்சையானது, வாயையும், தொண்டையையும், வலுவில்லாத தொற்று நீக்கிகளான போரிக் அமிலம் மற்றும் சோடியம் டெட்ராபோரைட், ஹைட்ரஜன் பெராக்சைடு ஆகியவற்றின் கரைசல்களைக் கொண்டு கழுவுவதில் அடங்குகிறது.

குழந்தைகளின் வாயறைகளை அதே கரைசல்களைக் கொண்டு அல்லது 2% சோடா கரைசல் கொண்டு, ஒரு சிரிஞ்சு கொண்டு தெளித்து அல்லது பாய்ச்சிக் கழுவ வேண்டும்.

தடுத்தலும் கவனிப்பும். டிப்தீரியா கண்ட ஒரு நோயாளியை உடனடியாகத் தனிமைப்படுத்த வேண்டும், மருத்துவ மனையில் சேர்ப்பது தான் தனிமைப்படுத்துவதற்கான சிறந்த வழியாகும். ஏனெனில் அதன் மூலம் நோயாளிக்கு சிறந்த கவனிப்பு உறுதி செய்யப்படுகிறது.

டிப்தீரியா நோயாளியை கவனித்துவரும் ஒருவர், ஒவ்வொரு முறை நோயாளியுடன் தொடர்பு கொண்ட பிறகும், கைகளைக்

அறிகுறி	டான்சில் அழற்சி	டிப்தீரியா
1. டான்சில்களின் வீக்கம்	டிப்தீரியாவை விடக் குறைவு, இருபக்க பாதிப்பு	மிகவும் அதிகம். இத்துடன் தூண்கள், உள்நாக்கு, மெல்லண்ணம் ஆகியவற்றின் வீக்கம் ஒருபக்கமாக இருக்கும்
2. படலங்கள்	டான்சில்களின் மேற்பரப்பில் மட்டுமே காணப்படுகிறது	டான்சில்கள், தூண்கள், மெல்லண்ணம், மேற்தொண்டைப் பின்சுவர் ஆகியவற்றிலும் இருக்கிறது
3. நிறம்	மஞ்சள்	வெண்மை, சாம்பல் வெள்ளை அல்லது கரும் சாம்பல் நிறம்
4. படல நீக்கம்	எளிதாக்கப்படலாம்	ஆழப்படலங்களை முழுமையாக நீக்க முடியாது. நீக்க முயற்சித்தால் இரத்தக்கசிவு ஏற்படும்
5. விழுங்கும்போது வலி	கடுமையானது	கடுமையானது எல்லாக் கேசுகளிலும் இல்லை.
6. அருகிலுள்ள நிணமுடிச்சுகள்	வீங்கியுள்ளன. தொடு வலியும் உண்டு	நோயின் துவக்கத்தில் இரண்டு பக்கங்களிலும் வீக்கம் உண்டு. தோலடித்திசுவீக்கம். கழுத்து மழமழப்பாய் இருக்கும்
7. பொதுவான உடல் நிலை	டிப்தீரியாவில் உள்ளதைவிட உடல்நிலை சுமார்	நச்சுவகையில் நிலை மோசம். தொடர்ந்து மேலும் மோசமடைகிறது
8. வெப்பநிலை	39—40°	வெப்பநிலை 38.5° நிலையாக உள்ளது
9. நாடித்துடிப்பு	வெப்பநிலைக்கு ஈடானது	துவக்கத்தில் மெதுவாகவும், பிறகு துரிதமாகவும், மென்மையாகவும் லயமற்றும் உள்ளது
10. நுண்ணுயிரியல் ஆய்வு முடிவுகள்	லாஃப்ளர் கிருமிக்கு எதிர்மறை	பெரும்பாலோரில் நேர்மறை (பாசிடிவ்)

கழுவுவதோடு, தொற்று நீக்கு கரைசல் ஒன்று கொண்டு துடைக்க வேண்டும். நோய்த்தொற்று பரவுவதைத் தவிர்க்க வேண்டுமாயின் நோயாளியின் படுக்கையில் உட்காருவதும், நோயாளி பயன்படுத்திய வார்டு சாமான்களை எடுக்க பார்வையாளர்களை அனுமதிப்பதும் அறிவுக்குகந்ததல்ல. நோயாளியின் வாயையும், மூக்கையும் துடைக்கப்பயன்படுத்திய காரைத்துணியையும், பஞ்சையும் உடனடியாக எரித்து விட வேண்டும்.

வெப்ப அளவையும், நாடித் துடிப்பையும் கவனித்து வர வேண்டும். ஏனெனில் டிப்தீரியாவில் ஏற்படும் இருதய இயக்க வலுக்குறைவு, மிகுந்த தொந்தரவு தரும் அறிகுறியாகும்.

நோயாளிக்கு, நீர்பொருள் அல்லது கஞ்சியுணவு, பால், கஞ்சி, வெண்ணெய், போதுமான அளவு வைட்டமின்கள் கொண்ட பழங்கள், குறிப்பாக வைட்டமின் ''சி'' (அஸ்கார்பிக் அமில தயாரிப்புகள் விரும்பத்தக்கவை) ஆகியவை கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

மேற்தொண்டை அழற்சி

மேற்தொண்டையழற்சி என்பது மேற்தொண்டையின் சிலேட்டுமத்தின் அழற்சியாகும். தீவிர மற்றும் நாட்பட்ட மேற்தொண்டை அழற்சி என இரண்டு வகைகள் உள்ளன.

தீவிர மேற்தொண்டையழற்சி. மூக்கு மற்றும் மூக்கு மேற்தொண்டை ஆகியவற்றிற்கு இறங்கி வரும் நீர்கோப்பாக, இந்நோய் தோன்றுகிறது.

அறிகுறிகள். மேற்தொண்டையில் உலர்ந்த உணர்வு, மற்றும் அரிப்புணர்வு, அருவருக்கத்தக்க உணர்வு தோன்றுகின்றன. சிலேட்டுமம் சிவந்து சீழ் சுரப்பால் மூடப்பட்டுள்ளது. சில போது பின் சுவரில் தனியான செந்துணுக்குகள் துருத்திக் கொண்டுள்ளன. (நிணச்சுரப்புத் திசுவிலுள்ள நுண் சுரப்பிகள் பெரிதடைந்தும் அழற்சியுற்றும் உள்ளன).

சிகிச்சை. டான்சிலழற்சி போன்றே சிகிச்சையளிக்க வேண்டும்.

நாட்பட்ட மேற்தொண்டை அழற்சி. நாட்பட்ட மேற்தொண்டை அழற்சி உருவாவதைக் கீழ்க் கண்ட அம்சங்கள் நிர்ணயிக்கின்றன: தலக்காரணங்கள், (நாட்பட்ட மூக்கு அழற்சி, மூக்குப்பக்க புழைகளின் சீழ் கொண்ட அழற்சி, நாட்பட்ட டான்சில் அழற்சி) பொது உடற்காரணங்கள் (இருதயம் மற்றும் நுரையீரல், கல்லீரல், சிறுநீரகங்கள் ஆகியவற்றின் நோய்கள், வளர்சிதை மாற்றக் கோளாறுகள், நீண்டநாள் புகைப்பிடித்தல், மதுமிகை அருந்துவது, குளிர்ந்த சூடான அல்லது காரமான உணவு இன்னபிற). நீர்கோப்பு, மற்றும் மிகை வளர்ச்சி, நலிவு வகைகள் பிரித்தறியப்படுகின்றன.

அறிகுறிகள். நலிவு வகையில், தொண்டையில் குறுகுறுப்பும், உலர்ந்த உணர்வும் இருப்பதாகக் குறை கூறுகிறார்கள், மிகை வளர்ச்சி வகை கொண்டவர்களில் மேற்தொண்டையின் மூக்குப் பகுதியில் சளி போன்ற சீதச் சுரப்பிகள் நிறையத் திரண்டு விடு கின்றன. ஆகவே, அதி காலையில் அடிக்கடி இருமி சளியைத் துப்ப வேண்டியிருக்கிறது. நலிவு வகை அழற்சியில் சீதச்சவ்வு உலர்ந்தும், வார்னிஷ்பூசியதைப் போன்று பளபளப்பாகவும் உள்ளது, பல சம யங்களில் உலர்ந்த சீதத்தை அதன் மேல் காண முடியும். மிகை வளர்ச்சி வகையில் மேற் தொண்டை சீதச்சவ்வு, சிவப்பாக தடித்து கெட்டியான சீதச்சீழ் சுரப்புகளால் மூடப்பட்டுள்ளது.

சிகிச்சை. இந்நோய்க்கான முக்கிய காரணம் நீக்கப்பட வேண்டும். புகைப்பிடித்தல், மித மிஞ்சி மதுக் குடித்தல் போன்ற தீய பழக்கங் களை ஒழிப்பதில் முழுக் கவனம் செலுத்தப் பட வேண்டும். இளஞ் சூடான காரக்கரைசல்கள் (சோடா, டெட்ராபோரேட், சோடியம் புரோமைடு இன்னபிற) கொண்டு வாயையும் தொண்டையையும் நனைக்க வேண்டும். மேற் தொண்டையில் மிகை வளர்ச்சி நிலையில் 1—5% வெள்ளி நைட்ரேட் கரைசல்களைப் பூசுவதும், வாரத்தில் ஒரிருமுறை நலிவு வகையில் 0.1—0.2% அயோடின், கிளிசரைன் கரைசல் மற்றும் கார, எண்ணெய் உள்ளிழுத்தல்கள் இவையனைத் தும் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன.

நாட்பட்ட டான்சில் அழற்சி

அண்ண டான்சிலின் நாட்பட்ட அழற்சியே, நாட்பட்ட டான்சில் அழற்சியாகும். திரும்ப திரும்பவரும் தொண்டைப்புண் காரணமாக இது உண்டாகிறது. நோய் நிலை, முக்கியமாக டான்சிலின் மறை குழிகளில் அமைந்துள்ளது. செதிள் மேலணுப்படலம் உரிந்து விழுந்து விடுகிறது, மறைகுழிகளில் நுண்ணுயிர்கள் மற்றும் காளான்கள், வெள்ளணுக்கள், உணவுப் பொருட்கள் தேக்கமடைந்து, சீழும், கேசியப் பொருளும் சிதைந்து, துர்நாற்றத்தை உண்டாக்குகிறது. ஒரு தகடு கொண்டு முன் அண்ணத்தூண் வழியாக டான்சிலை அழுத் தும்போது, மறை குழிகளில் உள்ள பொருட்கள் வெளிவருகின்றன.

தொண்டையில் டான்சில்களின் பகுதியில் ஒரு அருவருப்பான உணர்வு, வாயிலிருந்து கொடிய துர்நாற்றம், செவிப்பகுதிக்கும் செல்லும் குத்துவலி, ஆகியவற்றை நோயாளிகள் உணர்ந்து, குறை கூறுகிறார்கள். கழுத்து மற்றும் கீழ்த்தாடை நிண மூடிச்சு வீக்கமடைகின்றன. நாட்பட்டு குறைவான உடல் வெப்பம் இருப்பது நிரந்தரமான ஒரு அறிகுறியாகும். இத்துடன் பலவீனம், பணி செய்யும் ஆற்றல் குறைவு, தலைவலி ஆகியவையும் உள்ளன. இருதயத்திலும், மூட்டுக்களிலும் வலி, மிகையான நாடித்

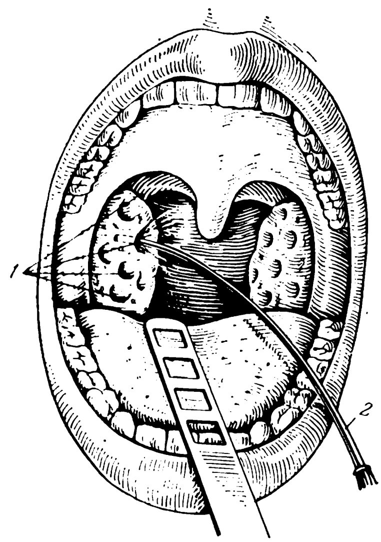
துடிப்பு, துரிதமான இருதயத்துடிப்பு, வியர்வை சுரப்பு அதிகமாதல் ஆகியவை உள்ளுறுப்புக்களின் கோளாறுகளின் விளைவாகும். சில போதும், சிறுநீரக நோய்க்கியல்பான குறைகளை நோயாளிகள் உணருகிறார்கள். பல நோயாளிகளுக்கு அடிக்கடி தொண்டைப்புண் இருந்ததான வரலாறு உண்டு.

சிகிச்சை. சிக்கலற்ற நாட்பட்ட டான்சில் அழற்சிக்கு, அறுவையில்லாத முறைகளில் சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. வாயையும், தொண்டையையும் காரக் கரைசல் கொண்டு கழுவலாம். (மேற்தொண்டையில் ஏற்படும் அழற்சிகளுக்கு, பைகார்மிண்டை சீழ் எதிர் மற்றும் காய்ச்சல், எதிர் மருந்தாகப் பயன்படுத்தலாம்).

எடுத்துக்கொள்க: பைகார்மிண்ட் 0.5

டி.டீ.டி. எண் 20, மாத்திரையாக.

1/2டம்ளரில் 1—2 மாத்திரைகளை இட்டு கொப்பளிக்கலாம்.



படம் 100. டான்சில் மறைகுழிகளில் மருந்து பாய்ச்சுதல் 1. மறைகுழிகள்; 2. மறைகுழிகளுக்குள் நுழைக்கப்பட்ட சிரிஞ்சின் முனை

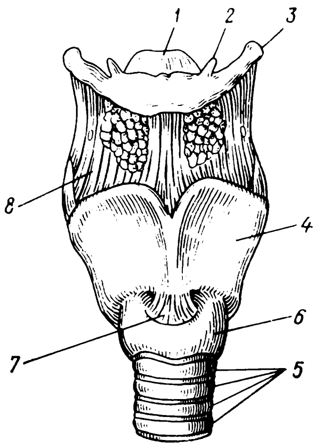
திணிப்புகளை ஒரு தகடு கொண்டு அமுக்கி எடுக்கலாம். அல்லது பாய்ச்சலின் மூலம் நீக்கலாம். (படம் 100) அதன்பின்னர், டான்சிலின் மறை குழிகளை 1—2% வெள்ளி நைட்ரேட் கரைசல் அல்லது 2—3% அயோடின் டிங்க்சர் அல்லது 3% கொல்லாய்டு வெள்ளி அல்லது வெள்ளிப் புரதக் கரைசல் கொண்டு பூசலாம். இம்முறைகளோடு டான்சில்களுக்கு புற ஊதாக்கதிர் வீச்சு அளிக்கலாம். தலநிணக் கணுக்களுக்கு, மிக அலைவு கட சிகிச்சை அளிக்கலாம். அறுவை இல்லா சிகிச்சை பலனளிக்காத போது, அல்லது உள்ளுறுப்புக்களின் சீர்கேடுகளால் இந்நோய் சிக்கலாகும்போது, டான்சிலை அகற்றுவதற்கான அறுவை சிகிச்சை பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

III. குரல்வளையின் நோய்கள்

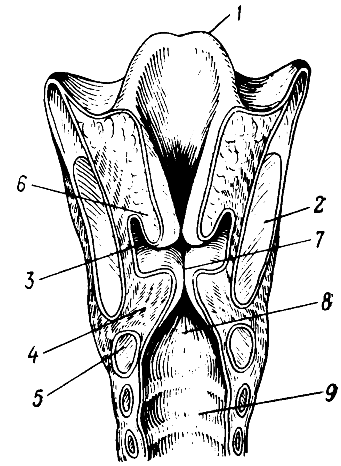
உடற்கூறு இயல்

குரல்வளை என்பது மூன்றாவது கழுத்து முள்ளெலும்பு மட்டத்திலிருந்து ஆறாவது கழுத்து முள்ளெலும்பு மட்டும் வரை நீண்டுள்ள ஒரு குழாயாகும். ஒரு அகலமான தைராய்டுஹையாய்டு பிணையத்தின் மூலமாக மேலே ஹையாய்டு எலும்புடன் அது இணைக்கப்பட்டுள்ள தோடு, மேற்தொண்டை மூலமாக மூக்குக் குழிவறையுடனும், வாய்குழிவறையுடனும் தொடர்பு கொண்டுள்ளது. கீழாக, அது காற்றுக்குழல் எனப்படும் மூச்சுக் குழலுடன் தொடர்ந்துள்ளது, குரல்வளை என்பது குருத்லெலும்புகளின் கட்டமைப்பைக் கொண்டுள்ளது. இதற்கு அடிப்படையானது கிரைகாய்டு குருத்தெலும், பாகும். அதன் குறுகிய பகுதி முன் பக்கம் நோக்கியுள்ளபோது அதன் ''முத்திரை''ப் பகுதி எனப்படும் பட்டையான பகுதி பின் பக்கமுள்ளது. வளையக் குருத்துக்கு மேலே உள்ளது, கேடயக் குருத்து எனப்படும் தைராய்டு குருத்தெலும்பாகும். அது ஒரு கோணத்தில் அமைக்கப்பட்ட இரு தகடுகளையும், அவை ஒன்றாக இணையுமிடத்தில் ஒரு சிறு பிளவையும் கொண்டு உள்ளது.

இரண்டு அடினாய்டு குருத்தெலும்புகள், மோதிரக் குருத்தின் மேற்பரப்பின் மேல், பின்பக்கத்தில், அமைந்துள்ளன. அவை தங்கள், அடிமத்தில், தசைத்துருத்தம், குரல் துருத்தும் என இரு துருத்தங்களைக் கொண்டுள்ளன. குரல் துருத்தத்தில் குரல் தசை செருகப்பட்டுள்ளது. குரல்வளையின் நுழைவாயில், ஒரு சிறப்புத்தனிக் குருத்தெலும்புகுரல்வளை மேல் குருத்து அல்லது குரல்வளை மூடி எனப்படும், குருத்தால் மூடப்பட்டுள்ளது. அது, தைராய்டு குருத்தின் உச்சியில் உள்ள, சிறு பிளவொன்றின் ஓரத்துடன் பிணையங்களால் இணைக்கப்பட்டுள்ளது. எல்லா குரல்வளை குருத்தெலும்புகளும் ஒன்றுடனொன்று பொருத்தப்பட்டுள்ளதோடு, பல்வேறு பிணையங்களால் ஒன்றுடன் ஒன்றும், சுற்றியுள்ள திசுக்களுடனும் கட்டப்பட்டுள்ளன. (படம் 101) உண்மையான குரல்மடிப்புகள் (நாண்கள்) தைராய்டு குருத்தின் உள் ஓரத்திற்கும், அரிட்டினாய்டு



படம் 101. குரல்வளையின் பிணையங்களும், குருத்தெலும்பு களும் (முன்புறம்)
1. குரல்வளை மூடி; 2,3. ஹையாய்டு எலும்பின் சிறிய மற்றும் பெரிய கொம்புகள்; 4. தைராய்டு குருத்து; 5. மூச்சுக்குழல் குருத்துகள்; 6. கிரைகாய்டு குருத்து; 7. கிரைகோ-தைராய்டு பிணையம்; 8. தைராய்டு-ஹையாய்டு பிணையம்



படம் 102. குரல்வளை நடுப்பகுதியின் முன்வெட்டுத் தோற்றம்
1. குரல்வளை மூடி; 2. தைராய்டு குருத்து; 3. மர்காக்னியின் அறை; 4. உண்மை குரல் மடிப்பு; 5. கிரைகாய்டு குருத்து; 6. பொய் மடிப்பு; 7. ரிமாகிளாட்டிடிஸ் (குரல் வளை இடைவெளி); 8. குரல்வளைக் கீழ் வெளி; 9. மூச்சுக்குழல்

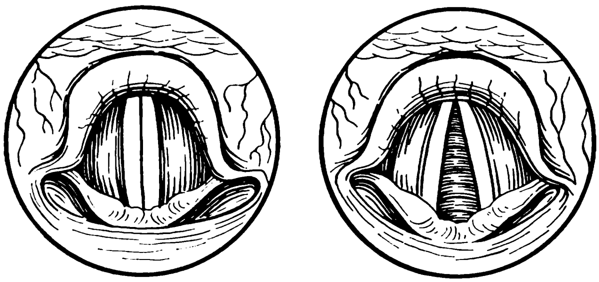
குருத்துக்களின் குரல் துருத்தங்களுக்கும் விரிந்துள்ள அவற்றின் அதிர்வுகள் ஒலிகளை உண்டாக்குகின்றன. குரல்வளையின் மற்ற எல்லாப் பகுதிகளும் நுண் துருத்தங்கள் கொண்ட தூணுருமேலணுப் படலத்தில் உள் வரியிடப்பட்டுள்ள போது, அவை மட்டும் தடித்த செதிள் மேலணுப்படலத்தால் மூடப்பட்டுள்ளன.

உண்மை மடிப்புகளுக்கு மேலாகவும், வெளிப்பக்கமாகவும், சீதச் சவ்வின் இரண்டு இரட்டை மடல்கள் உள்ளன. இவை போலி குரல் வளைகள் (நாண்கள்) எனப்படுகின்றன. உண்மைக் குரல் நாண்களுக்கும், போலிக் குரல் நாண்களுக்கும் இடையில் சீதச்சவ்வின் உள் துருத்தம் ''மர்காக்னியின் அறை'' எனப்படுகிறது. (படம் 102) இவ்வறையின் சவ்விலுள்ள பல சீதச் சுரப்பிகள், தங்கள் சுரப்பால், உண்மைக் குரல் நாண்களை மசகிடுகின்றன. பின் கிரை காய்டு அரிடினாய்டு தசை எனப்படும் ஒன்றும் மட்டும், உண்மை குரல் மடிப்புகளை விலக்குகிறது. (குரல்வளை இடைவெளியைத் திறக்

கின்றன) மற்ற எல்லாத் தசைகளும் நேரடியாகவோ, மறைமுகமா கவோ, குரல்வளையை மூடுவதற்கும், உண்மைக் குரல் மடிப்புகளை இழுப்பதற்கும் துணை செய்கின்றன.

வேகஸ் நரம்பின் கிளைகள், குரல்வளையின் மேல் மற்றும் கீழ் நரம்புகள், குரல் வளைக்கு நரம்பூட்டம் அளிக்கின்றன!

குரல்வளை என்பது ஒரு மூச்சியக்க உறுப்பாக மட்டுமின்றி, குர லியக்க உறுப்பாகவும் செயல்படுகிறது, குறுகியுள்ள குரல்வளை



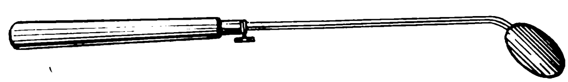
1 2

படம் 103. குரல்வளை உள்நோக்கியின் போதான தோற்றம்
1. ஒலியியகத்தின் போது; 2. மூச்சு விடும்போது

இடை வெளியின் வழியாகக் காற்று செல்லும் போது, குரல் நாண் களின் இறுக்கமும், அவற்றில் ஏற்படும் அதிர்வுகளும் சேர்ந்து ஒலியை உண்டாக்குகின்றன. (படம் 103)

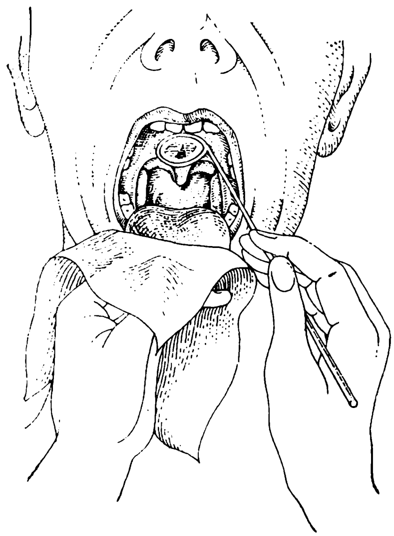
குரல்வளைப் பரிசோதனை

நேர் மற்றும் மறை முக குரல்வளை உள்நோக்கியால், குரல்வளை பார்வையிடப்படுகிறது. குரல்வளை கருவிகளுக்குகான கைப்பிடிக் குள் பொருத்தப்பட்ட ஒரு குரல் வளைக் கண்ணாடி கொண்டு, மறைமுக குரல்வளை உள் நோக்கல் செய்யப்படுகிறது. (படம் 104)

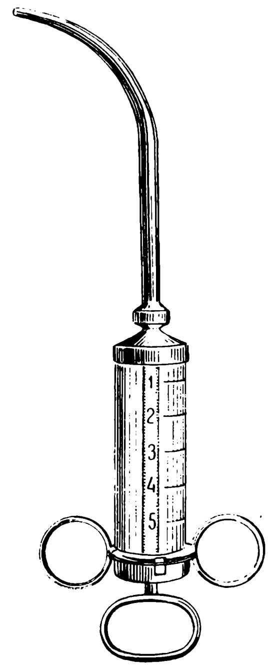


படம் 104. கைப்பிடியுடன் கூடிய குரல்வளைக் கண்ணாடி

நோயாளியை நாக்கை வெளியே நீட்டச் சொல்லி, ஒரு காரைத்துணி கொண்டு பிடித்து, நாக்கை முன்னால் இழுக்க வேண்டும். (டாக்டரோ அல்லது நோயாளியோ இதைச் செய்யலாம்) (படம் 105) வாய்க்குள் கண்ணாடியைச் செருகுவதற்கு முன்னால் ஒரு சாராய விளக்கில், அது மங்கலாக ஆகாத அளவுக்கு, சூடாக்கப்படுகிறது. பின்புறத்தில்



படம் 105. மறைமுக குரல்வளை உள்நோக்கல்



படம் 106. குரல்வளை சிரிஞ்சு (பீச்சாங்குழல்)

ஒரு சிறப்பு குறியுடைய குரல்வளைக் கண்ணாடிகளை கொதிக்க வைத்து சுத்தம் செய்யலாம். மற்றவகைக் கண்ணாடிகள் கொதிக்க வைக்கப்படாமல், சீழ் எதிர் கரைசல்களில் 10—15 நிமிடங்கள் வைக்கப்பட்டு தொற்றறுக்கப்பட்டு (லைசால், கார்பாலிக் அமிலம், ஃபார்மால் டிஹைடு), பின் அவை கொதிக்கும் நீரில் கழுவப்பட்டு, காரைத்துணித் துண்டுகளை கொண்டு உலர்த்தப்படவேண்டும்.

நேரடி குரல்வளை உள் நோக்கல் மூலமும் குரல் வளை பரிசோதிக்கப்படலாம். ஒரு கோணத்தில் வைக்கப்பட்ட ஒரு சிறப்புத் தகடு கொண்டு நாக்கை கெட்டியாக முன்பக்கம் அழுத்த வேண்டும். நோயாளியின் தலையை சிறிது சிறிதாக பின்பக்கம் தள்ளுவதன் மூலம், வாய்க் குழிவறை, மேற்தொண்டை, குரல்வளை ஆகியவை ஒரு நேர் கோட்டில் இருக்கும்படியான நிலை வருகிறது. தலைக் கண்ணாடி கொண்டு அல்லது பிரதிபலிக்கப்பட்ட ஒளி கொண்டு, அவ்வொளி அமைப்பில் குரல்வளையை நன்கு பரிசோதிக்க முடியும் நவீன நடைமுறையில் வளைந்த தகட்டிற்குப் பதிலாக, மேம்படுத்தப்பட்ட கருவிகள், பல் வேறு வகையான உள்நோக்கிகள் பயன் படுத்தப்படுகின்றன.

சிகிச்சைக்கான பொது முறைகள். நோயாளிகளின் பராமரிப்பு

குரல்வளையில் உயவிடுவதற்கு அல்லது பூசுவதற்கு மென் உலோகத்தாலான, இழை கொண்ட குரல்வளைத் துழாவிகள் பயன் படுத்தப்படுகின்றன. இம்முறையைக் கையாளும் போது பஞ்சு வெளி வந்து விடாமலிருக்க, அதைத் துழாவியில் சுற்றி வைக்க வேண்டும். இல்லையெனில், அது மூச்சுக்குழல் அல்லது மூச்சுக்கிளைக் குழல் உள் நுழைந்து மூச்சுத் திணறல் ஏற்படலாம்.

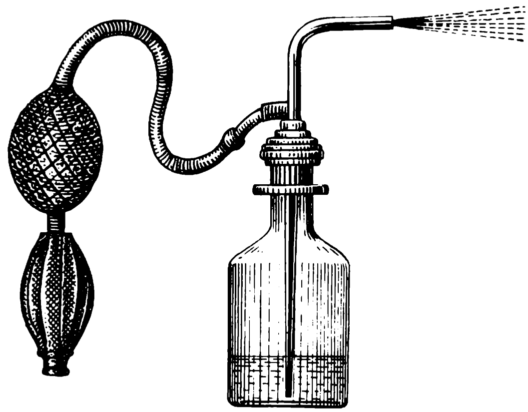
குரல்வளையில் எல்லா செய்முறைகளும்—உயவிடுதல், பூசுதல்—ஒரு குரல்வளை ஆடி கொண்டு, பார்வைக் கட்டுப்பாட்டில் செயல் படுத்தப்பட வேண்டும். உயவிடுதலின் போது, சிலரில், குரல்வளை இறுக்கம் ஏற்பட்டு, குரல்வளைத் தசைகள் துரிதமாக விரிந்து சுருங் குவதால், தற்காலிகமாக மூச்சியக்கம், தடைபடலாம். இம்முறை யினைக் கையாளும் முன்பு, மேற்கூறியது நிகழக் கூடும் என நோயா ளியை எச்சரித்து, அதில் ஆபத்து எதுவும் இல்லை என்றும் உறுதி கூற வேண்டும்.

குரல்வளையின் சிரிஞ்சு (உந்து குழல்) ஒன்று, உணர்வு நீக்கத் திற்காகவும், மருந்துப் பொருட்களை குரல்வளைக்குட்செலுத்த வும், பயன்படுத்தப்படுகிறது. (படம் 106) சிரிஞ்சின் உலோக முனை, உபயோகிக்கப்படும் முன்பு, ஒவ்வொரு தடவையும் கொதிக்க வைக் கப்பட வேண்டும். மருந்தில் சிறிதளவு சிரிஞ்சில் உறிஞ்சப்பட்டு (0.5—1மி.லி.) குரல் வளைக்குட் செலுத்தப்படுகிறது. எந்தக் குடுவையிலிருந்து மருந்தை உறிஞ்சி எடுக்கப் போகிறார் என்பதை யும், அதன் மேலுள்ள லேபிளையும், செவிலியர் முதலில் மருத் துவருக்கும் காண்பிக்க வேண்டும். குரல்வளைக்குள் மருந்துகளை ஏற்றுவது, உயவிடுதலையும், பூசுவதையும் விட, மிகவும் நுண்ணிய செய் முறையாகும். அது, எப்போதுமே, குரல்வளையின் இசிவை ஏற்படுத்துவதில்லை.

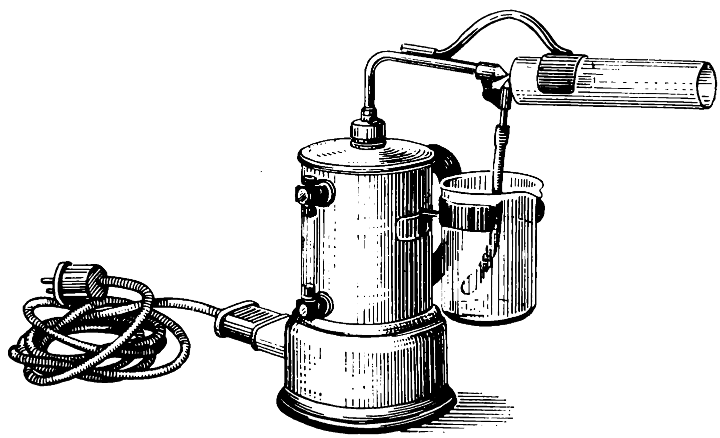
மூக்குக் குழிவறையில் உட் தூவுவதற்குப் பயன்படுத்துவதைப் போன்ற, ஆனால், மற்றெல்லா குரல் வளைக் கருவிகளையும் போல் வளைவைக் கொண்ட ஒரு நீண்ட முனை கொண்ட ஒரு **உட்தூவியின்** மூலமாக, தூள் மருந்துகளை, குரல் வளையில் **உட்தூவ** வேண்டும். சிறிய அளவில் குரல்வளை இசிப்பைத் தூண்டக் கூடும். மற்றஎல்லா செய்முறைகளைப் போலவே, உட் தூவலையும், பார்வையின் கட் டுப்பாட்டிலேயே செயல்படுத்த வேண்டும்.

குரல்வளை நோய்களுக்கு சிகிச்சை அளிக்க, மருந்துப் பொடி களை உட்தூவச் செய்ய பல்வேறு வகைத் தெளிப்பான்கள் பயன் படுத்தப்படுகின்றன. (படம் 107)

ஆவிகளை முகர்ந்துள்ளிழுத்தல், சிறப்புக்கருவியான ஒரு உள்ளி ழுப்பு கருவி கொண்டு செயல் படுத்தப்படுகிறது. (படம் 108)



படம் 107. தெளிப்பான்



படம் 108. உள்ளிழுப்பு கருவி

இதில் கீழ்க்கண்ட பாகங்கள் உள்ளன: தண்ணீருக்கான ஒரு கொள் கலம், இதைச் சாராய விளக்கு கொண்டோ, மின்சக்தி கொண்டோ வெப்ப மூட்ட வேண்டும். நேர் கோணத்தில் வளைந்துள்ள ஒரு உலோகக் குழல். இது கொள்கலத்தோடு சரியான முறையில் இணைக் கப்பட்டுள்ளது. இரண்டாவது குழலின் ஒரு முனை, மருந்துக் கரை சல் கொண்ட கண்ணாடிக் கலத்தினுள் ஆழ்ந்திருக்க, மற்ற குறுகிய முனை முதல் குழாயின் கிடைமட்டக் கிளையைத் தொட்டுக் கொண் டுள்ளது. கொள்கலத்தில் உருவாகும் ஆவி, முதல் கலத்தினுள் நுழைந்து, கண்ணாடிக் கலத்திலுள்ள கரைசலை, இரண்டாவது

குழாயின் மூலமாக ஏந்திக்கொண்டு, நோயாளியை நோக்கியுள்ள ஒரு அகன்ற கண்ணாடிக்குழல் வழியாக வெளியே தப்பிச் செல்கிறது. இளஞ்சூடான ஆவியினுள், ஒரு நுண்ணிய தூவலாக கலந்துள்ள மருந்தை நோயாளி முகர்ந்து உள்ளிருக்கிறார்.

பொருத்தமான தெளிப்பான்களைக் கொண்டு, குரல் வளை மற்றும் மேற்தொண்டையின் மூக்குப்பகுதி, மேற்தொண்டை ஆகிய வற்றுள் மருந்துகள் தூவித் தெளிவிக்கப்படுகின்றன. குடுவையை இடதுகையில் ஏந்திக்கொண்டு, வலது கையால் ரப்பர் குழாயைப் பிதுக்க வேண்டும். தெளிப்புக் குழலின் மேல் முனையை நோயாளி யின் வாய்க்குள் அதிகதூரம் செலுத்தக்கூடாது. (செலுத்தினால் வாந்தி அனிச்சை கிளர்த்தப்படக் கூடும்) ஒவ்வொரு செய்முறையின் போதும் 20—25 முறை பலூனைப் பிதுக்க வேண்டும். அறை வெப்ப நிலையிலுள்ள அல்லது இளஞ்சூடாயுள்ள கரைசல்கள் முகர்தலுக் குப் பயன்படுத்தப் படுகின்றன. சீதச்சவ்வு விரைவில் உலர்ந்து விடுவதைத் தவிர்க்க, எண்ணெய் கரைசல்கள் பயன்படுத்தப்படு கின்றன. அப்போது, சிறப்பு வகைத் தெளிப்பான்களை பயன்படுத்த வேண்டும். குரல்வளையின் அமைப்புக்கூறுகள் காரணமாக, அதனுள் நுழைக்கப் படவேண்டிய எல்லாக் கருவிகளும் வளைந்துள்ளவையாக உள்ளன. அதனால் தான், கருவிகளின் நீக்கப்படக்கூடிய பகுதிகள் கழண்டு மூச்சுக் குழலுக்குள் அல்லது மூச்சுக் கிளைக்குழலுக்குள் நுழைந்து விடாமல் தடுக்க கருவிகளை உபயோகிக்கும் முன், ஒவ் வொரு தடவையும் நன்கு சோதித்துப் பார்க்க வேண்டும்.

குரல்வளை நோய்களின் வழக்கமான அறிகுறிகள்

சில வகைக் குரல்வளை நோய்களில் மூச்சு இயக்கக் கோளாறு கள் மிகுந்த ஆபத்தான அறிகுறிகளாகும். குரல்வளை வீக்கம், தொண்டையடைப்பான், காசம், அயற்பொருட்கள் உட்சென்ற நிலை, கட்டிகள், குரல்வளை இடைவெளியைத் திறக்கும் தசை களின் செயலிழப்பு, இன்னபிற நோய்களில், ரைமா கிளாட்டிடிசின் சுருக்கத்தால் மேற்கூறியது நிகழ்கிறது. மூச்சியக்கத்தில் ஏற்படும் கோளாறு மிகவும் குறைந்த அளவில் இருந்து நோயாளிக்கு எந்த தீமையையும் உண்டாக்காது. ஆனால் சில போது இது தீவிரம டைந்து, சிரம மூச்சு மற்றும் சையனோசிஸ், இருதய நடவடிக்கை யில் ஒழுங்கீனங்கள் உண்டாகின்றன. குரலில் மாற்றங்கள்: தொண் டையின் மிகையான கரகரப்பு, அல்லது முழுமையாக குரலிழப்பு ஆகியவை குரல் வளை நோய்களின் முக்கிய அறிகுறிகளாகும்.

வலி, குரல்வளைக்குள்ளும் இருக்கலாம், குரல்வளைக்கு வெளி யிலும் இருக்கலாம். சீழ் கலந்த புண் கொண்ட நிகழ்வுகள் மற்றும் புறக் குருத்தளர்ச்சி, கூர்மையான நுனிகள் கொண்ட அயற்பொருட்

கள் குரல்வளையில் சிக்கிக் கொள்வது ஆகியவற்றின்போது, வெளி, செவிகளுக்கு கடத்தப்படுகிறது.

குரல்வளை இருமல், வரண்டோ, அல்லது சளிகொண்டோ இருக்கலாம். குரல்வளையின் தீவிர அழற்சியின் போதோ அல்லது நாட்பட்ட உலர்ந்த நீர்கோப்பின் போதோ, இத்தகைய இருமல் தோன்றலாம். அழற்சியின் போதும், குரல்வளை மூடி அடிவெளி மற்றும் குரல்வளை வீங்கும் போதும், பலத்த, குரைப்பது போன்ற இருமல் தோன்றுகிறது.

தீவிர குரல்வளை அழற்சி

குரல்வளையின் தீவிர அழற்சி, சுயேச்சையான ஒரு வியாதியாகத் தோன்றலாம், அல்லது மூச்சு மேற்பாதையின் நீர்க்கோப்பு இன்புளுயென்சா, தட்டம்மை, செங்காய்ச்சல் ஆகியவற்றின் அறிகுறியாகவும் தோன்றலாம்.

அறிகுறிகள். இருமலைத் தூண்டும் படியாக அரிப்பு, மற்றும் உறுத்தல் போன்ற உணர்வுகள் நோயாளிகளுக்கு உண்டாகின்றன. அழற்சியின் தீவிரத் தன்மையைப் பொறுத்து, குரல் கரகரப்பாகி விடுகிறது. இத்துடன் விழுங்கும் போது வலியும், தலைவலியும், காய்ச்சலும் சில போது தோன்றுகின்றன. குரல்வளை உள்நோக்கி கொண்டு நோக்கும் போது, குரல்வளை சிலேட்டுமத்தில் குருதித் திரட்சியும், வீக்கமும், சிவந்த குரல் நாண்களும், இவற்றின் மேல் படிந்துள்ள கட்டியான சீதமும், காணப்படுகின்றன. இந்தச் சீதம், அரிடினாய்டு இடை வெளியிலும் காணப்படலாம்.

சிகிச்சை. குரல்வளைக்கு முழுமையான ஓய்வு வேண்டும், அதாவது நோயாளி பேசவே கூடாது. கழுத்துக்கு வெப்ப ஒத்தடமும், (சொலூக்ஸ் விளக்கு, வெப்ப ஒத்தடம், வெப்பமாவுக் கட்டிகள்) ஆவி உள்ளிழுத்தலும் (காரமான அல்லது மெந்தால் கலந்து) பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. 3—5 நிமிடங்களுக்கு தினமும் பல தடவைகள் செய்யப்பட வேண்டும்.

எடுக்க: மெந்தால் படிகங்கள் 1.0
எதைல்ஸ்பிரிட் 10.0
கொதிக்கும் தண்ணீரில் 10—20 சொட்டுக்கள். ஆவிகளை உள்ளிழுக்கவும்.

0.5 கி. அல்கில் அசிடைல் சலிசிலிக் அமிலம் தினமும் இரண்டு தடவை கொடுக்கவும். தூக்க மாத்திரைகள், இருமல் மாத்திரைகள், தீவிர கேசுகளில் எதிர் உயிர் மருந்துகள் ஆகியவை கொடுக்கப்படலாம்.

எடுக்க: ஈதைல் மார்பின் ஹைட்ரோகுளோரைடு 0.3.
வடிகட்டப்பட்ட தண்ணீர் 15.0
15—20 சொட்டுக்கள் தினமும் மூன்று தடவைகள்.

நாட்பட்ட குரல்வளை அழற்சி

தீவிர குரல்வளை அழற்சி தொடர்ந்து இருக்கும் போது அல்லது மீண்டும் தோன்றும் போது நாட்பட்ட குரல்வளை அழற்சி தோன்றுகிறது. மிகையாக மது அருந்துபவர்கள், மற்றும் புகைபிடிப்பவர்கள், குரலை மிகையாகப் பயன்படுத்தும் தொழில் வழி நபர்கள் (பாடகர்கள், சொற்பொழிவாளர், ஆசிரியர்கள், தொலைபேசி நிலைய ஊழியர்கள்) ஆகியோரிடையே இந்நோய் தோன்றுகிறது.

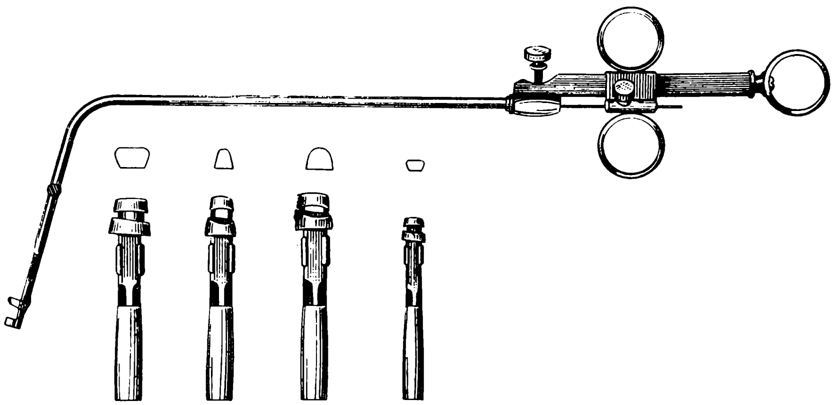
அறிகுறிகள். தொண்டை கரகரப்பு மற்றும் குரல் பலவீனம், தொண்டையில் உறுத்தல், அரிப்பு நிரந்தர இருமல் ஆகியவை பற்றி நோயாளிகள் குறை கூறுகிறார்கள். சில நாட்கள் நல்ல நிலையில் இருந்து, பின்னர் நோய் அதிகரிக்கிறது. குரல்வளை உள் நோக்கி ஆய்வின் போது குரல்வளை சிலேட்டுமம் சாம்பல் சிவப்புநிறமாகவும், வீக்கமடைந்தும், திரவத் தேக்கத்துடனும், காணப்படுகிறது. மேற்கூறியவை அரிடினாய்டு இடைவெளியிலும், உண்மை குரல் நாண்களின் விளிம்புகளிலும், காணப்படுகின்றன. சிறிய புடைப்புகளும், ஃபைப்ரோமாகளும், குரல்வளை நாண்களில் எதிரெதிராக உருவாகின்றன. அவற்றை பாடகர்களின் கழலைகள் என அழைக்கின்றனர். இதனால் நிரந்தரமாகக் குரல் கம்மல் ஏற்படுகிறது. குரல்வளை மற்றும் மூச்சுக் குழல் ஆகியவற்றின் சிலேட்டுமம் நலிவடைந்து அதில் காணப்படும் பொடுகுகளும், கட்டியான சீதமும், பயங்கரமான இருமலைத் தோற்றுவிக்கின்றன.

தடுப்பு முறைகளும், சிகிச்சையும். நோயை ஊக்குவிக்கும் அம்சங்கள் அகற்றப்படுகின்றன. புகைப்பிடித்தலை நிறுத்தவும், மதுவைத் தவிர்க்கவும், உரத்தக் குரலில் பேசுவதைத் தவிர்க்கவும் நோயாளிகள் அறிவுறுத்தப்படுகிறார்கள். சகஜமான உப்புக் கரைசலும், தாவர எண்ணெய்களும் குரல்வளைக்குட் செலுத்த பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. சிலேட்டுமப் படலத்தின் மீது, வெள்ளி நைட்ரேட் கரைசலையோ, அயோடின் கிளிசரைன் கரைசலையோ, ஒரு டாக்டர் பூச வேண்டும். உள்ளிழுப்புகளாக காரக் கரைசல் (2% சோடா கரையம்) எண்ணெய் (மெந்தால்) ஆகியவை பயன்படுத்தப்படுகின்றன. குரல்வளைக்கு, டையதொமி செலுத்தப்படுகிறது. ஸ்பாசிகிச்சையும் பயன்படுத்தப்படுகிறது. சிரம மூச்சுள்ள நோயாளிகள் தீவிரமாகக் கண்காணிக்கப்பட வேண்டும்.

குரல்வளையின் கட்டிகள்

குரல்வளைக் கட்டிகள் தீங்கற்றதாகவோ, தீமைபயக்கக் கூடி யதாகவோ இருக்கலாம். தீங்கற்ற வகைகளில் கீழ்க் கண்டவை அடங்கும்: ஃபைப்ரோமா, குரல்வளை தொங்கு வளர்ச்சிகள், பாபில் லோமா, ஆண்ஜியோமா.

சிகிச்சை. தீங்கற்ற கட்டிகளை அறுவை மூலம் அகற்றி விடலாம். குரல்வளை கண்ணாடி கொண்டு, குரல்வளை உள்ளுறை மூலம்,



படம் 109. குரல்வளைக்கான வளைந்த சிரிஞ்சுகள் தனியான முனை களுடன், குரல்வளை உள் அறுவைகளுக்கு பயன்படுத்தப்படுகிறது

தல உணர்வு நீக்க முறை கொண்டு, கட்டி அகற்றப்படுகிறது. (படம் 109)

கார்சினோமா

40 வயதுக்கு மேற்பட்ட ஆண்களில், கார்சினோமா அடிக்கடி காணப்படுகிறது. எந்தவித காரணமும் இன்றி, படிப்படியாக குரல் கம்மலடைகிறது. (நீர்க் கோப்போ அல்லது அழற்சி தொற்றும் நோய்களோ, எதுவும் இல்லாத போது) குரல் கம்மல் தோன்றும் போது வயது வந்தவர்களில் குரல்வளை கார்சினோமா இருக்கலாம் என ஐயப்படுது சரியே. கட்டிபடிப்படியாக வளருகிறது, குரல் கம்மலும் மோசமடைந்து முழுமையான குரலிழப்பு ஏற்படுகிறது.

நிர்ணயம். நோயின் துவக்க நிலையில், சில போது, நோய் நிர் ணயம் சிரமமான ஒன்றாகும். அதே போது, துவக்கத்திலேயே நோய் நிர்ணயம் செய்தால், சிகிச்சையும் நல்ல பலன் அளிக்கும். தடுப்புக் காப்புப் பரிசோதனையின் போது, யாருக்காவது, கார் சினோமாவின் அறிகுறிகள் இருப்பதாக ஐயம் ஏற்படின், செவிலியர், அந்த நபரை உடனடியாக காது, மூக்கு, தொண்டை நிபுணருக்கு அனுப்பி வைக்க வேண்டும்.

சிகிச்சை. கார்சினோமாவின் நிலையைப் பொறுத்து சிகிச்சை அமைகிறது. அறுவை சிகிச்சை அல்லது கதிரியக்க சிகிச்சை அல்லது இரண்டுமே சேர்ந்து இருக்கலாம்.

அறுவைக்குமுந்திய மற்றும் பிந்திய கவனிப்பு. அறுவைக்கு முன்னதாக கதிரியக்க சிகிச்சை அளித்து, தீய புற்றுக் கட்டிகளை அகற்ற முழுமையாகவோ அல்லது ஓரளவாகவோ குரல்வளையை அகற்றலாம்.

அறுவைக்கு முந்திய காலத்தில் பொது உடல் நலத்தை ஊக்குவிக்கும் முறைகளை (மீண்டும் மீண்டும் இரத்தம் ஏற்றுதல், வைட்டமின்கள், நிறைந்த கலோரி கொண்ட உணவு) கையாள வேண்டும்.

குரல்வளையை அகற்ற நோயாளியைத் தயார் செய்யும் பொழுது, நோயாளியின் மனோ நிலை மீது குறிப்பான கவனம் செலுத்த வேண்டும். டாக்டர், நோயாளியுடன் உரையாடி அவனுக்கு தைரியம் சொல்ல வேண்டும், எல்லா ஊழியர்களும், நோயாளி மீது கவனிப்பான நடத்தையுடன் இருப்பது மிகவும் முக்கியமாகும். புரோமைடுகள், அமைதியூட்டும் மருந்துள்ள, அவசியமிருந்தால் இருதய ஊக்குவிப்பு மருந்துகள் ஆகியவை, அறுவைக்கு 3—4 நாட்களுக்கு முன்னதாகவே, அளிக்கப்பட வேண்டும்.

அறுவைக்கு முன்பு, நோயாளி நன்கு குளிக்க வேண்டும், உணர்வு நீக்கத்திற்கான தயாரிப்பாக, முன் மருந்துகள் அளிக்கப்படுகின்றன.

அறுவைக்கு பின்னான காலத்தில் தோன்றும் சிக்கல்களை குறிப்பாக திரவத் தேக்க நிமோனியாவைத்தடுக்க, குறிப்பான கவனம் செலுத்தப்பட வேண்டும். அறுவை முடிந்த மூன்று, நான்கு மணி நேரங்களுக்குப் பிறகு, படுக்கையில் நோயாளியை ஒரு பக்கத்திலிருந்து மற்றொரு பக்கத்துக்குப் புரட்டிப்போட்டு, செவிலியர் உதவி செய்ய வேண்டும். அடுத்த 5—7 நாட்களில் (உடல் வெப்பம் சகஜ நிலைக்கு வரும் வரை) நோயாளியை ஓரளவு நிமிர்த்தி வைக்க வேண்டும். டாக்டரின் அறிவுரைப்படி, மூச்சுக்கிளைக்குழல் அழற்சியையும், நுரையீரல் அழற்சியையும் தவிர்க்க, மார்பின் மீது கண்ணாடிக் கோப்பைகள் பொருத்தப்பட வேண்டும். பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட்டிலோ போரிக் அமிலத்திலோ தேய்க்கப்பட்ட வலைத்துணி கொண்டு நோயாளியின் வாயை வழக்கமாகக் கழுவ வேண்டும். படுக்கையில் ஓய்வும், திரவ உணவும், சிறுகுடல் இயக்கத்தை மட்டுப்படுத்தி, மலச்சிக்கலை உண்டாக்குகின்றன. மலக் கழிவு சீராக நடைபெற இனிமாவைப் பயன்படுத்துவது அவசியமாகும்.

அறுவைக்குப் பின்னான காலத்தில் இரத்தப்பெருக்கு ஏற்படலாம். இரத்தம், மூச்சுப் பாதைகளினுள் கசிகிறது. இதனால் தான், அறுவைக்குப் பின்னான தினங்களில், போடப்பட்ட கட்டுகளில் இரத்தக்கசிவு ஏற்பட்டுள்ளதா என கவனிக்க வேண்டும். மூச்சுக்குழல்

துளையில் உள்ள குழாயை நன்கு சுத்தப்படுத்தி அதிலுள்ள சீதத்
தையும், இரத்த உறைகட்டியையும் அகற்ற வேண்டும்.

அறுவை முடியும் போது குரல்வளையைத் தைப்பதற்கு முன்பு, மூக்கின் வழியாக ஒரு ரப்பர் குழாய் செலுத்தப்பட வேண்டும். அறுவைக்குப் பின்னான காலத்தில், இந்தக் குழாய் வழி, நோயாளிக்கு உணவு செலுத்தப்படுகிறது. முதலிரண்டு மூன்று வாரங்களுக்கு, குழாய் வழியாக போஷாக்கு உணவு அளிக்கப்படுகிறது. தினமும் 5—6 தடவைகள், 250 மி.லிக்கு அதிகமாகாமல், கஞ்சி போன்ற உணவு அளிக்கப்படுகிறது. அறுவைக்குப்பின்னான காலத்தில் உமிழ் நீர் மிகையாகச் சுரப்பதால், போதுமான அளவு திரவமும், செலுத்தப்பட வேண்டும். உணவு ருசியாகவும், போதிய கலோரிகள் கொண்டதாகவும், தேவையான வைட்டமின்களைக் கொண்டும் இருக்க வேண்டும்.

குரல்வளையின் காசநோய்

நுரையீரல் காச நோய் உள்ளவர்களுக்கு குரல்வளையின் காசமும் தோன்றுகிறது. நாட்பட்ட குரல்வளை நீர்கோப்பின் போது உரிந்து விழும் எபீதிலீயம் இருந்த இடங்களிலும், பிளவுகளிலும், குரல்வளையிலும், காசச்சளிதங்குவதால், கிருமி பாதிப்பு ஏற்படுகிறது.

அறிகுறிகள். குரல்வளைக் காசமுள்ள நோயாளிகளுக்கு, மீண்டும் மீண்டும் தோன்றுகின்ற குரல்வளை நீர்கோப்பு உண்டாகிறது, இதற்கு ஒரு குறிப்பிட்ட காரணம் எதுவும் இல்லை. நோய் வழக்கத்திற்கு அதிகமாகவே நீடிக்கிறது.

சிகிச்சை. தீர்க்கப்பட முடியாத நோய் (குரல்வளைக்காசத்தின் புண் வகை) என முன்பு கருதப்பட்ட பலவகையான காச நோய்களுக்கு, தற்போது எதிர் உயிர் மருந்துகளின் கண்டு பிடிப்பால், தீர்வு அளிக்க முடிகிறது. சோவியத் யூனியன் எங்கும், காச எதிர் மருந்தகங்கள் காணப் படுகின்றன. இங்கு, காச நோயாளிகள் டாக்டர்களின் இடைவிடாத கண்காணிப்பில் இருக்கின்றனர். நுரையீரல் காசநோய் கொண்ட எல்லா நோயாளிகளையும், குரல்வளை நிபுணர் பரிசோதித்தால், உரிய சிகிச்சையை துவக்கத்திலேயே அளிப்பது எளிதாகும்.

பொது நலச் சுகாதார நெறிமுறைகளை பின்பற்றும்படி நோயாளிகளுக்கு அறிவுறுத்த வேண்டியது, செவிலியர் கவனிப்பில் அடங்கும். தொற்று நீக்கு திரவம் கொண்ட குவளையில், சளியைத் துப்பும்படி நோயாளிக்கு ஆலோசனை கூறப்படுகிறது. ஏனெனில், சளியில் இருந்து தான் தொற்று நோய் பரவுகிறது, அறைகளில் சகஜமான வெப்ப நிலையைப் பேண வேண்டும். வருடத்தின் எந்தப் பருவ காலத்திலும் அறையில் நல்ல காற்றோட்டம் இருக்க வேண்

டும். டாக்டரின் அறிவுரைப்படி உணவுகளையும் மருந்துகளையும் எடுத்துக் கொள்ள நோயாளிகள் பணிக்கப்படுகின்றனர். குரலைப் பொறுத்தமட்டில் அதிகப் பிரயாசை எடுப்பதைத் தவிர்க்க செவிலியர் வலியுறுத்துகிறார்.

குரல்வளை மற்றும் மூச்சுக்குழல், மூச்சுக்கிளைக்குழல், ஆகியவற்றில் அயற்பொருட்கள்

ஒருவர் அழும்போதோ, பேசும்போதோ, சிரிக்கும்போதோ, அபூர்வமாக, சாப்பிடும்போதோ, திடீரென்ற உள் மூச்சின் போது வாயிலிருந்து பல்வேறு வகையான அயற்பொருட்கள், குரல்வளை மற்றும் மூச்சுக்குழல், மூச்சுக் கிளைக்குழல் ஆகியவற்றினுள் செல்லலாம். இது பெரும்பாலும், குழந்தைகளிலேயே நிகழ்கிறது.

அறிகுறிகளும் போக்கும். குரல் வளைக்குள்ளோ அல்லது மூச்சுக் கிளைக்குழலினுள்ளோ, அயற்பொருள் நுழைந்தால் தோன்றும் பிரதான அறிகுறி, சிரம மூச்சுடன் கூடிய **மீண்டும் மீண்டும் தோன்றும் இருமலாகும்.** அயற்பொருள், குரல்வளை நாண்களுக்கிடையே மாட்டிக் கொண்டால், சிரம மூச்சு தவிர, திடீரென்று குரல் இழப்பு அல்லது குரல் கம்மல் தோன்றுகிறது. அயற்பொருள், மூச்சுக்கிளைக் குழல் ஒன்றினுள் (பொதுவாக வலது) நுழைந்தால், அந்த நுரையீரலில் மூச்சுத் தொனிகள் கம்மலாகவே கேட்கின்றன. தட்டிப்பார்க்கும் போது மந்த ஒலி கிடைக்கிறது. மார்பின் மூச்சியக்க அசைவுகள் குறைந்தே காணப்படுகின்றன. ஒரு அயற்பொருள், மூச்சுக்கிளைக்குழலில் நீண்ட நாட்கள் தங்கி விட்டால் கீழ்க்கண்டவை தோன்றலாம்: நீடித்துள்ள நிமோனியா, மூச்சுக் கிளைக்குழல் விரிவு, சீழ்க் கட்டி, நுரையீரலின் நசிவு துரதிஷ்டவசமாக, இத்தகைய நோய்கள் தனியானவையாகக் கருதப்படுகின்றன. நுரையீரலை, எக்ஸ்கதிர் மூலம் பரிசோதித்தால், உலோகத்தாலான அயற்பொருட்கள் இருப்பது, நோய் நிர்ணயத்திற்கு உதவுகிறது.

சிகிச்சை. குரல்வளை-மூச்சுக்குழல்-மூச்சுக்கிளைக்குழல் உள்நோக்கி மூலம், டாக்டர், ஒருவரால், அயற் பொருள் அகற்றப்படுகிறது. மூச்சியகத்தில் தீவிரமான கோளாறுகள் ஏற்பட்டால், மூச்சுக்குழல் துளை செய்யப்பட்டு, அயற்பொருள் அகற்றப்படுகிறது.

தடுப்பும், கவனிப்பும். குழந்தைகள் சிறிய பொருட்களைக்கொண்டு (நாணயங்கள், கோலிகள், பொத்தான்கள், சூரியகாந்தி விதைகள், வெள்ளரிக்காய்கள், பூசனிக் காய்கள், பட்டாணிகள், பயிறுகள் முதலியன) விளையாடுவது எவ்வளவு ஆபத்தானது என்பது பற்றி பெற்றோர்களை எச்சரிக்க வேண்டும். குழந்தைகளுக்கு எட்டாதபடி, அப்பொருட்கள் வைக்கப்பட வேண்டியது பெற்றோர்களின் பொறுப்பாகும். குழந்தைகளுக்கு உணவு தயாரிக்கும் போதும் கவன

மாக இருக்க வேண்டும். (எலும்புகள், பழக்கொட்டைகள், விதை கள் ஆகியவை அகற்றப்பட வேண்டும்).

மூச்சுப்பாதையினுள் ஒரு அயற்பொருள் இருப்பதாக அய்யம் ஏற்படின், மேற்கூறிய அறிகுறிகள் தோன்றியவுடன் (குறுகிய காலத் திற்கு நீடித்தால் கூட) உடனடியாக செவிலியர், குழந்தையை— குழந்தை நலமாக இருந்தால் கூட—காது, மூக்கு, தொண்டை நிபுண ரிடம் அனுப்பி வைக்க வேண்டும்.

குழந்தைகளில் வைரஸ் குரல்வளை மூச்சுக்குழல் அழற்சி (இன்புளுயென்சா வகை)

1—3 வயதுள்ள குழந்தைகளில், இந்த நோய் பெரும்பாலும் காணப்படுகிறது. மூச்சு மண்டலத்தின் தீவிர வைரஸ் பாதிப்புகளின் சிக்கல்களாக (இன்புளுயென்சா, இணை இன்புளுயென்சா, அடி னோவைரஸ்களால் தோன்றியவை) இந்த வியாதி உண்டாகிறது. குழந்தைப் பருவத்தின் தீவிரமான நோய் நிலைகளில் ஒன்றான இதற்கு, உடனடியாக தரமான சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும்

குரல்வளை சிலேட்டுமத்தின் பரவலான குருதித் திரட்சியும். குரல்வளை மூடிப் பகுதியின் வீக்கமும், ஒரு சில மணி நேரங்களில் அல்லது நாட்களில் தீவிர குரல்வளை அடைப்பில் முடிகிறது. பெரும் பாலும் திடீரென்று இரவில் தோன்றும் இது, தீவிரமாக இருக் கிறது. பகலில் ஓரளவு சீரடையும் இது, மீண்டும் இரவில் மோசம டைகிறது.

மரணத்தில் முடிவதோடல்லாமல், இன்புளுயென்சா இழுப்பில் பொதுவான நச்சு நிலைக்கான அறிகுறிகளும் காணப்படுகின்றன. மிகையான காய்ச்சல், அதிர்ச்சி, வாந்தி, உள்ளுறுப்புக்களின் தீவிர மான பாதிப்பு, சில போது மூளையின் வீக்கம் உண்டாகி, மூச்சுத்தி ணறல் ஏற்படும் முன்பே மரணம் உண்டாகிறது, இணை இன்புளு யென்சாவில் தோன்றும் குரல்வளை இறுக்கமும், அடினோவைரஸ் கள் பாதிப்பில் காணப்படும் இறுக்கமும், அதிகமாக நச்சு விளைவு களை உண்டாக்குவதில்லை.

குழந்தையின் வயதும், (குரல் வளை மற்றும் மூச்சுக்குழலின் குறுகிய துவாரம்) நோய் குறியியல் உடற்கூறு இயல் மாற்றங்களின் தீவிரத்தன்மையும் (இலேசான நீர் கோப்பிலிருந்து, சிலேட்டுமப் படலம் தீவிரமாக நசிந்துபடும் வரை) குரல்வளை இறுக்கத்தை உண்டாக்குவதில் பங்கு பெறுகின்றன.

பெரும்பாலும் காணப்படும் நீர்கோப்புவகை, சீரடைகிறது, பைப்ரின் மற்றும் பைப்ரின் நசிவு வகையில், நோய் தீவிர போக்கை அடைகிறது. நாட்பட்ட வியாதியின் போது ஏற்படும் ஸ்ட்ரெப்டோ -ஸ்டபிலோகாக்கை பாதிப்பு, சிலேட்டுமப்படலத்தின் சீழ் கொண்ட

நசிவு நைவுகளில் முடிகிறது. இந்த நசிவுகள், சில போது குரல் வளை மற்றும் மூச்சுக்குழல் குருத்தெலும்புகளை ஊடுருவுகின்றன. நார்பொருள் நசிவு வகை மிகவும் அபூர்வமாகவே காணப்படுகிறது. குறிப்பான அதிதீவிர கேசுகள், மரணத்தில் முடிகின்றன, குரல்வளை மற்றும் மூச்சுக்குழல் ஆகியவற்றின் சிலேட்டுமப்பாதிப்பின் அளவைத் தெரிய குழந்தைகளில், நேரடி குரல் வளை உள்நோக்கி தேவைப்படுகிறது. இதன் மூலம் சிலேட்டுமப்பாதிப்பின் தன்மையைத் தெரிவதுடன், மற்றும் பொதுவான அறிகுறிகளைக் கொண்டு, உரிய தரமான சிகிச்சையை அளிக்க முடிகிறது.

இதைக்கருத்தில் கொண்டு, குழந்தை, மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டவுடன், நேரடி குரல்வளை உள் நோக்கலுக்கான எல்லாக்கருவிகளையும் செவிலியர் தயார் நிலையில் எடுத்து வைக்கின்றனர். குரல் வளையும், அதன் உட்துவாரமும் கட்டியான சீதத்தால் அடை பட்டிருப்பதால், விரைவிலேயே அவற்றை உறிஞ்சி வெளியேற்ற வேண்டும்.

சிகிச்சை. மருத்துவமனையின் சிறப்புப்பகுதியில், குரல்வளை இறுக்க எந்த அறிகுறியும் கொண்ட எல்லா நபர்களையும், உடனடியாக அனுமதிக்க வேண்டும். வைரஸ் எதிர் முகவங்கள், விரிதிறன் எதிர் உயிர் மருந்துகள், காம்மாகுளோபுலின், இருதய ஊக்கி மருந்துகள் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. கூருணர்வு குறைப்பு முகவங்கள் (கார்டிகோஸ்டரோய்டுகள், ஹிஸ்டமின் எதிர் மருந்துகள், கால்சியம் குளுகனேட் அல்லது குளோரைடு) சிரை வழியாகச் செலுத்தப்படுகின்றன. ஆக்ஸிஜன் செறிவடைந்த காற்று உள்ள சிறப்புக் கூடத்தில், குழந்தையை அனுமதிக்க முடியாவிடில், ஈர அடர்த்தியும் வெப்பமும் கொண்ட ஆக்ஸிஜனை குழந்தைக்கு வழங்க ஏற்பாடுகள் செய்ய வேண்டும். அந்தக்காற்று, 2% சோடியம் பைகார்பனேட் கரையம் கொண்ட குவளை வழியாகச் செலுத்தப்பட்டால் கூட போதுமானது.

மார்புக்கு கடுகுமாவுக் கட்டும், கால்களுக்கு கடுகுக்குளியலும், உறுத்தல் எதிர் முறைகளாகப் பயன்படுகின்றன.

துவக்க காலத்தில் அறுவையல்லா முறைகள் நோயைத் தீர்க்க பயன்படாவிடில், குரல் வளைச்சுருக்கும் அதிகரித்தால், மூச்சுக் குழல் துளை அறுவை முறை கையாளப்படுகிறது. (2 வது 3 வது நிலை இறுக்கத்தில்) இதன் மூலம் மூச்சு சகஜ நிலையடைகிறது. மூச்சுக்குழல் மற்றும் மூச்சுக்கிளைக் குழலிலிருந்து கட்டியான சளியை அகற்ற முடிகிறது. மூச்சுக்குழலுக்குள் ஆக்ஸிஜனையும் மருந்துகளையும் செலுத்த முடிகிறது. தேவைப்படும் போது, மூச்சு விட உதவும் பொறி இணைக்கப்பட வேண்டும்.

வைரஸ் காரணமாக ஏற்படும் குரல்வளை இறுக்கத்தில், மூச்சுக் குழலினுள் குழாயைச் செலுத்திய பின்னர், மூச்சுக் குழல் துளை

அறுவை செய்யப்பட வேண்டும். எனினும் மூச்சுப் பாதைகளின் சிலேட்டுமம் அழற்சியடைந்திருப்பதால், அதற்கு எளிதில் ஊறு நேரலாம் என்பதை மனதில் கொள்ள வேண்டும்.

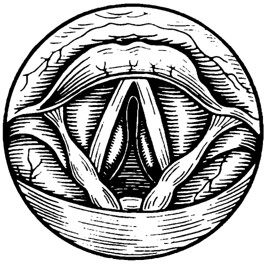
இத்தகைய நோயாளிகளின் சிகிச்சையிலும் பராமரிப்பிலும், செவிலியரின் பங்கு பிரதானமானது, கூடத்தில் தேவையான சூழ்நிலையை (ஈர அடர்த்தி பெரிதும் கொண்ட வெப்பக் காற்று) பேணப் பொறுப்பாக இருப்பதுடன், நோயாளிகள் மீது கண்ணும் கருத்துமாய் இருப்பதுடன், டாக்டர்களின் அறிவுரைகளையும் முழுமையாக நிறை வேற்ற வேண்டும். கடுகுமாவைப் பயன்படுத்துவது, ஹைட்ரோகார்டிசோன் கரையத்தையோ (சகஜமாக உப்புக் கரைசலின் 20 மி.லி.ல் 25 மி.கி. கரைக்கப்பட வேண்டும்). 2% சோடாகரையத்தையோ, 8—10 சொட்டுகளாக மூச்சுக் குழலினுள் இடைவிடாது (10—15 நிமிடங்களுக்கு ஒரு தடவை) உட்சொட்டிடல், உறிஞ்சி கொண்டு, மூச்சுக்குழல் உட்துவாரத்திலிருந்து சீதத்தை உறிஞ்சி எடுத்தல், (கீழே காண்க) தேவையான போது மூச்சுக்குழலினுள் புரதசியை என்சைம்களை உட்செலுத்த வேண்டும் அல்லது சளியின் கட்டித்தன்மையைக் குறைக்க காற்றுத்தூவலும் பயன்படுத்தப்பட வேண்டும்.

குரல்வளையின் தீவிர, மற்றும் நாட்பட்ட குறுக்கங்கள்

குரல் வளையின் உட்துவாரம், துரிதமாக (சில போது திடீரென்று) குறுகலடைவதையே, தீவிர, குரல் வளை குறுக்கம் என்கிறோம்.

குரல் வளைக்குறுக்கத்திற்கான காரணங்கள் பல வகைப்படும்: ரைமாகிளாட்டிடிசை திறக்கும் தசைகளின் செயலிழப்பு, (டைபஸ் வியாதியின் போது அல்லது தைராய்டு அறுவையின் பின்னர்) அயற் பொருட்கள் , குரல்வளையின் அழற்சி வீக்கம், எரிசிபலாசின் போது காணப்படும் குறுக்கம், குரல்வளையின் கீழ் அழற்சி, இன்புளூயென்சா, குரல்வளை மூடி அடிப்பகுதியின் பாதிப்புடன் தோன்றும் தீவிர குரல் வளை நீர்கோப்பு, இது உணவு போஷாக்கு இல்லாத குழந்தைகளில், சோடையுடன் உள்ள குழந்தைகளில் "**பொய் கரகரப்பு**" உடன் தோன்றுகிறது.

பொய் கரகரப்பு (குரல்வளைத் திணறல்). இன்புளூயென்சா மற்றும் தீவிர மூக்கழற்சிக்கு பின்னர், இந்நோய் தோன்றுகிறது. குழந்தை தூங்கிக் கொண்டிருக்கும் போது, திடீரென்று இரவில், இத்தாக்கல் துவங்குகிறது. தீவிரமான சிரம மூச்சுடனும், குரைப்பது போன்ற பலத்த இருமலுடனும் குழந்தை விழித்தெழுகிறது. தீவிரமான மூச்சியக்கக் கோளாறில் குழந்தை நீல நிறமடைகிறது. நிம்மதியற்று இருப்பதுடன், சில போது, வலிப்புகளும் தோன்றுகின்றன.



படம் 110. பொய் கரகரப்பு குரல்வளையின் குரல் வளை மூடி அடிவெளியில் சிலேட்டுமப்படலம் வீங்கியுள்ளது

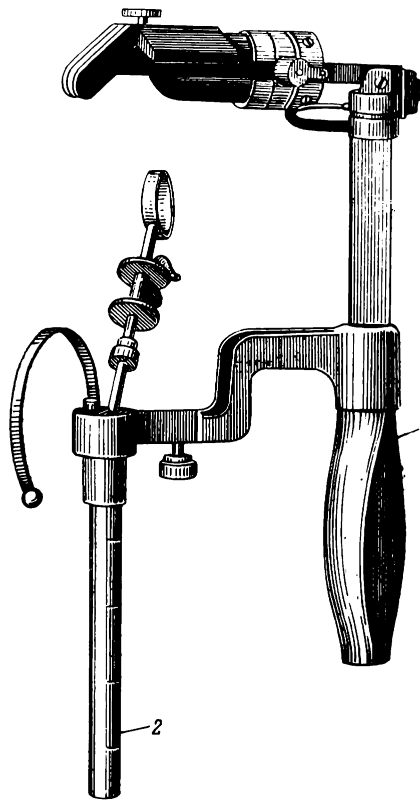
சிரம மூச்சுத் தாக்குதல்கள், பொதுவாக சில நிமிடங்கள் முதல்30 நிமிடங்கள் வரை நீடிக்கின்றன. அபூர்வமாக 1—2 மணி நேரங்கள் நீடிக்கின்றன. இரவில் பல தடவைகள் மீண்டும் மீண்டும் நிகழலாம். இந்த நோயில் குரலிழப்பு இல்லாமல் இருப்பது, ஏனெனில்வீக்கம், குரல்வளை மூடி அடிவெளியில் காணப்படுகிறது. (படம் 110) குழந்தைகளில், குரல்வளை மற்றும் மூச்சுக் குழலின் உட்துவாரம் குறுகலாக இருப்பதால் சிரம மூச்சு துரிதமாக மிகையாகிறது.

குரல்வளையின் டிப்தீரியா (உண்மையான அல்லது படலகரகரப்பு). காற்றுக்கான ஏக்கம் படிப்படியாக உண்டாகிறது, சிரமமூச்சு படிப்படியாக அதிகரித்து குரலிழப்பில் முடிகிறது, பொது உடல் நிலைமோசமாக இருக்கிறது, நச்சு விளைவின் உபரி அறிகுறிகள் டிப்தீரியாவை, பொய் கரகரப்பிலிருந்து பிரிக்க உதவுகிறது.

குரல்வளை வீக்கத்தின் போது தோன்றும் சிரம மூச்சுக்கு சிறப்புப்பண்புகள் உள்ளன. குரல்வளை இறுக்கத்தில், சிரம மூச்சுடன் தடைபட்ட மூச்சுடன், உள்மூச்சு விடுவதில் சிரமம் ஏற்படுகிறது. மாறாக, மூச்சுக்குழல் மற்றும் மூச்சுக் கிளைக்குழல் சுருக்கத்தில், மூச்சை வெளிவிடுவது சிரமமாக இருக்கிறது. ஆக்ஸிஜன் வினியோகப்பற்றாக்குறை, மெதுவான ஆனால் ஆழமான மூச்சு விடலால், ஈடு செய்யப்படுகிறது. பின்னர், சுருக்கம் அதிகரிக்கும் போது, ஒவ்வொரு மூச்சு விடலின் போதும் குரல்வளை மேலும் கீழுமாக துரிதமாக அசைகிறது, உள் மூச்சின்போது, விலா இடைத்தசைகளும், காரை எலும்பு மேற்குழிவும் உள் வாங்குகின்றன. மூச்சுத் திணறலின் பயங்கரமான அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன. சருமசயனோசிஸ், மெதுவான ஆழமில்லா மூச்சுவிடல், நினைவிழப்பு, உடனுதவி அளிக்கப் படாவிடில் ஒரு சில ஆழமில்லா துரித மூச்சுவிடல்களுடன், மூச்சு விடல் நின்று மரணம் சம்பவிக்கிறது. நாட்பட்ட குரல் வளை சுருக்கத்தில் (கார்சினோமா, ஸ்கிளிரோமா, காச நோய், குரல்வளைக் குருத்துக்களின் புறக்குருத்தழற்சி) சிரம மூச்சு மெதுவாகத் தோன்றுகிறது. ஏனெனில் உயிரினம், குறைந்த ஆக்ஸிஜன் கிரகிப்புக்கு தன்னைத் தக அமைந்துக் கொள்கிறது.

நோயாளிகளின் பராமரிப்பும், முதலுதவியும். குரல்வளையின் வீக்கம், குறிப்பாகக் குழந்தைகளில், உடனடியாக அவசரமாகக் கவனிக்கப் பட வேண்டும், குழந்தையை உடனடியாக உட்காரவைக்க வேண்

டும். அறையினுள் ஈரமான போர்வையைத்தொங்க விடுவது மூலம் அறையினுள் காற்று ஈர அடர்த்தி அடைகிறது. கால்களுக்கு வெப்ப மான குளியலோ அல்லது கடுகுமாவு, கால்பின் தசைகளுக்கு இடப் படுகிறது. வியர்ப்பூட்டும் மருந்துகளும் தரப்படுகின்றன. உரியகாலத் தில் சிகிச்சை முறைகள் அளிக்கப்பட்டால், இரண்டாவது பொய்கரகரப்பு தாக்குதலைத் தவிர்க்கலாம். அபூர்வமான கேசுகளில், உறுத்தல் எதிர் முறைகளும், அமைதியூட்டு மருந்துகளும் குழந்தைகளுக்கு நிம்மதியளிக்கத்தவறும் போது, மூச்சுக்குழல்துளை முறையைக் யாளநேருகிறது.



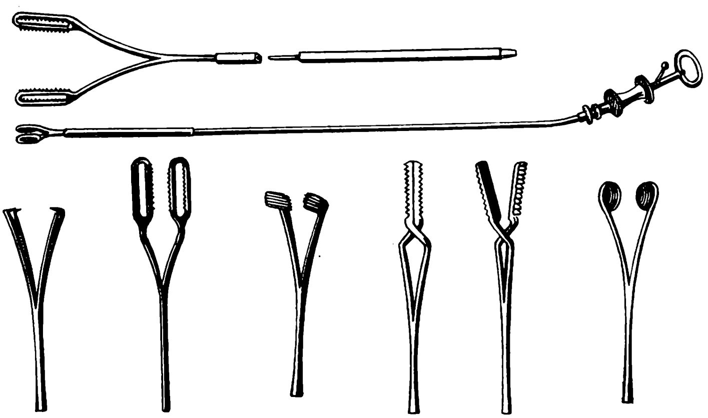
படம் 111. மூச்சுக்கிளைக்குழல் உள்நோக்கியினுள் செருகப்பட்ட சாமணத்துடன் (விபரம் புத்தகத் தில்)

குரல்வளை வீக்கத்துடன் கூடியவயது வந்தவர்களுக்கு உறுத்தல் அதிர்முறைகள் (காலுக்கு வெப்பமான குளியல், கடுகுமாவு முதலியன) அளிக்கப்படுகின்றன. கட்டியான சளியை திரவநிலைக்குக்கொண்டு வர கார உள்ளிழுப்பு மருந்துகள் அளிக்கப்படுகின்றன. உண்மையான கரகரப்புக்கு, உடனடியாக டிப்தீரியா எதிர் நச்சு மருந்தை அளிப்பதில் தான், சிகிச்சை இருக்கிறது.

சிகிச்சை. குரல்வளை குறுக்கத்தில், மூச்சுத்திணறலை சீர் செய்யவும், குறுக்கத்திற்கான காரணங்களை அகற்றவும் உடனடி அவசரமுறைகள் கையாளப்படுகின்றன. அழற்சி நிகழ்வுகள் அனைத்திலும்எதிர் உயிர் மருந்துகளையும், அட்ரினல்புறணியின் தயாரிப்புகளையும், (கார்டிசோன், அதைப் போன்ற மற்றும் பல மருந்துகள்) விரைவிலேயே கொடுக்க வேண்டும். தீவிரமான குறுக்கத்தின் போது மூச்சுக்குழல்துளை அறுவைதான் மிகவும் அவசர அவசிய சிகிச்சையாகும். இதில் காலதாமதம் ஏற்படின், உயிரியத்தின் பலவீனத்தாலும், ஆக்ஸிஜன் பற்றாக் குறையாலும் இருதயப் பணி பலவீனமடைகிறது.

மூச்சுக்குழல்-கிளைக்குழல் உள்நோக்கி

குரல்வளையை நேரடியாகப் பரிசோதிப்பதற்கு மற்றும் ஒரு முறையாக மூச்சுக்குழல் கிளைக்குழல் உள்நோக்கி, அறிமுகப்படுத்தப்பட்டது. மூச்சுக்குழலையும், கிளைக் குழலையும் பரிசோதிக்க, ஒரு உலோகக்குழாய் மூச்சுப்பாதைகளின் உட்செலுத்தப்பட்டு, நுண் கிளைகள் வரை செலுத்தப்படுகிறது. மூச்சுக்குழல் உள்நோக்கியில் (படம் 111), ஒரு விளக்குடன் கூடிய கைப்பிடி (1); உள் நோக்கிக் குழாய்கள் (2); உபரி அறுவைக்கருவிகள் உள்ளன. சீதத்தையும் இரத்தத்தையும் அகற்ற மறையுள்ள துழாவிகள், பலவாய்ப்பகுதி கொண்ட நீண்ட சாமணம், (படம் 112) இது, மூச்சுக்கிளைக்குழல்



படம் 112. மூச்சுக்கிளைக்குழல் உள்நோக்கி. அயற்பொருட்களை அகற்ற பல்வேறு நுனி கொண்ட சாமணம்

மீதான அறுவைக்கும், அயற் பொருட்களை அகற்றவும் பயன்படுகிறது.

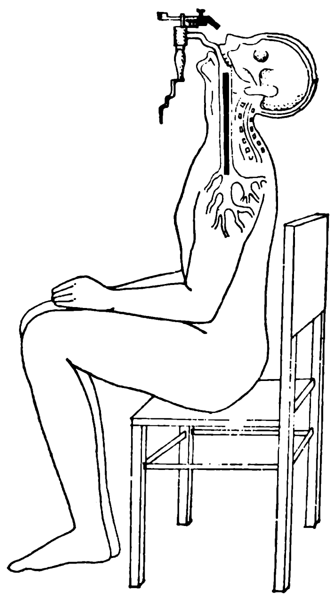
மூச்சுப்பாதையின் கீழ்ப் பகுதியை பரிசோதிக்கவும், ஒளிவீச்சுக்கும், மூச்சுக்கிளைக் குழல் உள்நோக்கியை, இயற்கைத்துவாரங்களின் (வாய், மேற்தொண்டை, குரல் வளை) வழியாகச் செலுத்தலாம் (படம் 113).

இந்த முறையை மேற்புற மூச்சுக்கிளைக்குழல் உள் நோக்கி எனலாம். மூச்சுக் குழல் துளை வழியாக, உள்நோக்கி செலுத்தப்பட்டால் அதை கீழ்புற உள்நோக்கி எனலாம்.

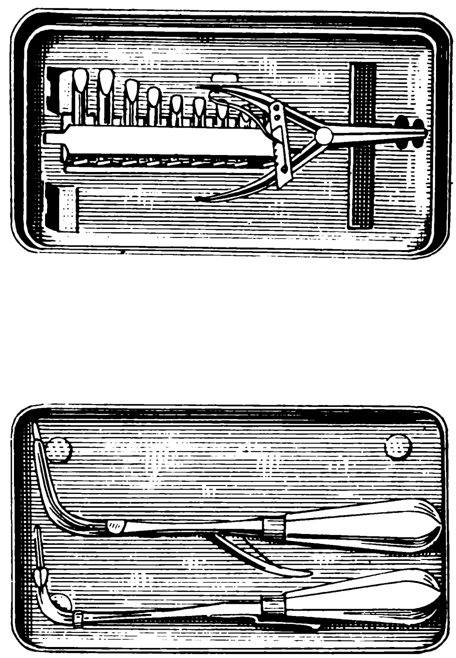
5—6 வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளில், முதலில் மூச்சுக் குழல் துளை அறுவை செய்தபின், கீழ்புற மூச்சுக் கிளைக்குழல் செய்யப்படுகிறது, மூச்சுக்குழல் மற்றும் மூச்சுக் கிளைக்குழலின் பல வியாதி

களைக் கண்டறியவும், சில நுரையீரல் வியாதிகளுக்கு (நுரையீரல் சீழ்கட்டி, மூச்சுக் கிளைக்குழல் விரிவுநோய் இன்னபிற) சிகிச்சையளிக்கவும், மூச்சுக்கிளைக்குழல் உள் நோக்கி பெருமளவில் பயன்படுத்தப்படுகிறது.

மூச்சுக்கிளைக்குழல் உள் நோக்கலின் போது, நோயாளிகளை, உள் நோக்கலுக்குத் தயார் செய்வது செவிலியரின் கடமையாகும் இதற்கு முன்னர், நோயாளிக்கு புரேமைட் அல்லது பார்பிடுரேட்



படம் 113. நோயாளி உட்கார்ந்திருந்த நிலையில் மூச்சுக்கிளைக்குழல் உள்நோக்கியைச் செலுத்தல்



படம் 114. குரல்வளையினுட் செலுத்துவதற்கான கருவிகள். வாயடைப்பான், குழல் உட்செலுத்தி, குழல் வெளி அகற்றி, உட்செல் குழல்கள் பலவிட்டங்களில்

கள் கொடுக்கப்படுகின்றன. காலை உணவிற்கு முன்னர், உள்நோக்கல் செய்வது நல்லது. டாக்டரின் அறிவுரையின்படி, உணர்வு அகற்றப்படும் 15 நிமிடங்களுக்கு முன்னர் 0.5 மி.லி, 1% பாண்டோபான் அல்லது 1மி.லி, 1% டிரைமேபெரிசின் ஹைடிரோகுளோரைடு

கரைசல் மற்றும் 0.5—1 மி.லி, 0.1% அட்ரபின் கரைசல் சரும அடி ஊசியாகச் செலுத்தப்படுகிறது.

தேவையான எல்லாக்கருவிகளையும், செவிலியர், தொற்றகற்று கிறாள். உணர்வகற்றுவதற்கான கரையங்களைத் தயார் செய் கிறாள். உள்நோக்கலின் போது, இந்த முறைக்குத் தேவையான, டாக்டரின் ஆணைகளைப் பின்பற்றுகிறாள்.

உள்நோக்கல் முடிந்தபின்னர், நோயாளி ஒன்றிரண்டு மணி நேரங்கள், மருந்தகத்தில் ஓய்வெடுக்கிறான். (இந்த உள்நோக்கல், புற நோயாளிப் பகுதியில் செய்யப்பட்டால்) அருவருக்கத்தக்க உணர்வுகளை அகற்ற, வாயையும், தொண்டையையும் வெப்பக் கரைசலால் கழுவுதல் நல்லது.

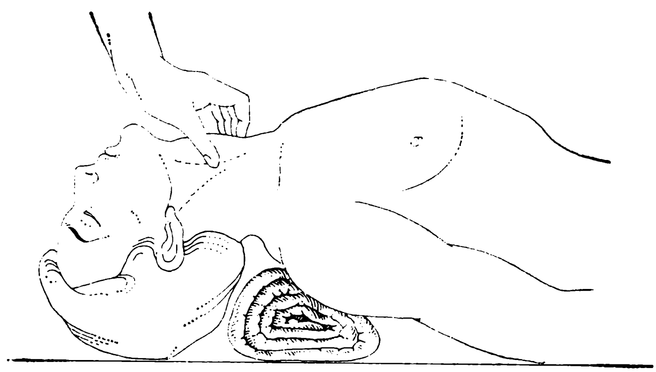
குழல் உட்செலுத்தல்

குழந்தைகளில், குறுகிய கால இறுக்கம் (டிப்தீரியா அல்லது பொய் கரகரப்பு) ஏற்படும் போது, குழல் உட்செலுத்தல், கையா ளப்படுகிறது. அடினாய்டு அகற்று அறுவைக்குப் போன்று, செவிலியர் குழந்தையை தனதுமடியில் உட்கார வைத்துக் கொள்கிறாள். வாயி னுள் நுழைக்கப்பட்ட ஆட்காட்டி விரல் வழியாக ஓட்டையுள்ள உலோகக் குழாய் உட்செலுத்தப்படுகிறது. பின்னர், குழல் உட் செலுத்தி எனப்படும் சிறப்பு கருவி மூலம் அது, குரல்வளைக்குட் செலுத்தப்படுகிறது. (படம் 114) குழாய் குரல்வளையை அடைந்த வுடன், நோயாளி இருமுகிறான். விசில் தொனியுடன் கூடிய தடை யற்ற சுவாசம் துவங்குகிறது. குழாய், குரல்வளையிலேயே விட்டு விடப்படுகிறது. உட்சென்ற குழலினுள், ஏற்கெனவே சொருகப் பட்ட நூலால், அதை அகற்றுவது எளிதாகிறது. இந்த நூலின் மறுமுனை, ஒட்டு பிளாஸ்திரி மூலமாக கன்னத்தில் வைக்கப்படு கிறது. குழல் உட்செலுத்தலின் பாதக அம்சங்களாவன: குரல்வளை யில் கிடைப்புண் ஏற்படுவதைத் தவிர்க்க 24—36 மணி நேரங்களுக் குள் குழாய் அகற்றப்பட வேண்டும். குழந்தையின் படுக்கையின் அருகே, அனுபவமிக்க ஒரு டாக்டரோ, செவிலியரோ, இடைவிடாது இருக்க வேண்டும். நோயாளி இருமினாலோ, வாந்தியெடுத்தாலோ, குழாய் எளிதில் வெளியே எறியப்படுகிறது என்பது அனுபவ பூர்வ மான உண்மை. சிடுசிடுப்பான குழந்தை, தனது கன்னத்தில் பொருத் தப்பட்ட நூல் உதவி கொண்டு, குழாயை வெளியே எடுத்துப் போட் டுவிட முடியும். இதைத் தடுக்க, குழந்தையின் இரண்டு முழங்கை களும், சிம்புகளால் கட்டப்படுகின்றன. மூச்சுக்குழல் துளை அறு வையை விட, குழல் உட்செலுத்தலில் சில சாதக அம்சங்கள் உள் ளன. (துரிதமாக செயலாற்றல், உதவியாளர்கள் மிகவும் குறைவு, இரத்தம் சிந்தாத முறை).

மூச்சுக்குழல் துளை அறுவை

நோயாளியின் உயிருக்கு ஆபத்தான, மூச்சுக்குழலின் மேற்பாக குறுக்கம் (கரகரப்பு, குரல்வளையின் வீக்கம், அயற்பொருள், கட்டிகள் இன்னபிற) அல்லது குரல்வளையின் தீவிர குறுக்கம் போன்ற நிலைகளில் மூச்சுக்குழல் துளை அறுவை செய்யப்படுகிறது. மருத்துவத் துறையின் எந்தப் பிரிவைச் சேர்ந்தவரானாலும், இத்தகைய கேசுகளில், மூச்சுக் குழல் துளை அறுவை செய்ய திறனுடையவராக இருத்தல் வேண்டும்.

மூச்சுக்குழல் எந்த மட்டத்தில் திறக்கப்படுகிறது—தைராய்டின் இஸ்த்மசுக்கு கீழாகவா மேலாகவா—என்பதைப் பொறுத்து கீழ்புற, மேற்புற மூச்சுக்குழல்துளை பாகுபாடு செய்யப்படுகிறது. அறுவை மேசையின் மீது, நோயாளி மல்லார்ந்து படுத்திருக்கிறான். அவனது தோள்பட்டைக்கு அடியில் ஒரு பஞ்சுத்திண்டை வைப்பதன் மூலம், தலை நன்றாகப் பின்னே செல்கிறது. (படம் 115) முன்கழுத்தின்



படம் 115. மூச்சுக்குழல் துளை அறுவைக்கு தயாரான நோயாளியின் நிலை

மத்திய கோட்டில், சருமத்தையும், மேலேழுந்தவாரியான திசுத்தகடையும் பிளக்கும் வகையில் ஒரு கீறல் செய்யப்படுகிறது. தைராய்டு குருத்தெலும்பின் கீழ் விளிம்பிலிருந்து கீழ் நோக்கி 6 செ.மீ. நீளத்திற்கு இந்தக் கீறல் இருக்கிறது. மத்திய கோட்டில் மழுங்கல் முறையாக கிரைகாய்டு குருத்தின் முன்பரப்பு தெரிய வைக்கப்படுகிறது. கீழே உள்ள தைராய்டு சுரப்பி இஸ்துமசின் உறைமீது குறுக்கு வெட்டுப் போடப்படுகிறது. இதன் பின், இஸ்துமஸ் கீழே தள்ளப்படுவதன் மூலம், மூச்சுக்குழலின் முதல் வளையம் தெரிகிறது. இரத்தக்கசிவுகளைத் தடை செய்த பின்னர், கூர்மையான கத்தி கொண்டு இரண்டு, மூன்று, மூச்சுக்குழல்வளையங்கள் திறக்கப்படுகின்றன. ஒன்றினுள் ஒன்று செருகப்பட்ட இரண்டு

உலோகக் குழல்கள் கொண்ட மூச்சுக் குழல்துளைக்குழாய், உள்ளே நுழைக்கப்படுகிறது. இதன்பின்னர், நோயாளி சளியை இருமல் மூலம் வெளியேற்றுகிறான். பின் மூச்சு விடல் துவங்குகிறது, குழலை, கழுத்துடன் சேர்த்து கட்டிவிடுகிறார்கள். குழாயின் மேலாகவும்• கீழாகவும் உள்ள கீறல், தைக்கப்படுகிறது.

தல உணர்வு நீக்குமுறையில் இந்த அறுவை செய்யப்படுகிறது. முதல் 3—4 நாட்களுக்கு, குழாயை அகற்றுவது உகந்ததல்ல. ஏனெனில் துரிதமான சுருக்கத்தாலும், காயத்தின் அழற்சி வீக்கத்தாலும் மீண்டும் குழாயை உட்செலுத்துவது இயலாது. குழாயைத் திருப்பி உள்ளே நுழைக்க முயற்சிக்கும்போது, குழாய், மூச்சுக்குழலுக்கும் சுற்றியுள்ள தசைகளுக்கும் இடையிலோ அல்லது உணவுக் குழலுக்கிடையிலோ செருகப்படலாம்.

குரல்வளை குறுக்கத்தின்போது முதலுதவி. மூச்சுக்குழல் துளை அறுவைக்குப் பின் நோயாளிகளின் பராமரிப்பு

ஒவ்வொரு அறுவை சிகிச்சைப் பகுதியிலும், தொற்றுநோய்த் துறையிலும் மூச்சுக் குழல் துளை அறுவைக்குத் தேவையான எல்லாக் கருவிகளும் தொற்றுநீக்கப்பட்டு, சுத்தமான சூழ்நிலையில் தயாராக இருக்க வேண்டும். இதனால், மூச்சுத்திணறல் உள்ள நோயாளிகளுக்கு உடனடியாக அவசர சிகிச்சை அளிக்க முடியும். தயார் நிலையில் இருக்க வேண்டிய கருவிகளாவன: மழுங்கிய, கூர்மையான கொக்கிகள், இரண்டு குறும்பல் சாமணங்கள், பலவகை தமனி சாமணங்கள், இரண்டு கட்டை விரல் சாமணங்கள், பல்வேறு விட்டங்கள் கொண்ட மூச்சுக்குழல் துளை குழாய்கள், ஊசிதாங்கி, ஊசியும் தொற்று நீக்கப்பட்ட சில்க் நூல், மறையுள்ள துழாவி, பல்வேறு கத்திகள் (படம் 116).

ஒவ்வொரு அறுவை அரங்கிலும் தயாராக இருக்க வேண்டிய பொருத்தப்பட்ட கருவிகளுக்கு பெயர் சீட்டு இருக்க வேண்டும். இது தவிர 0.5% புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடும், தொற்று நீக்கிய சிரிஞ்சும், ஊசிகளும், உணர்வு நீக்கு முறைக்கு, (நேரமிருந்தால்) தயாராக இருக்க வேண்டும். உபயோகிப்பதற்கு முன்னர், மூச்சுக்கிளை துளை அறுவைக் குழல் உறுதியாகப் பொருத்தப் பட்டிருக்கிறதா எனவும், சரியான இடத்தில் உள்ள உட்குழல் எளிதில் எடுக்கப்படும் நிலையில் உள்ளதா எனவும் சரிபார்த்துக்கொள்ள வேண்டும்.

அறுவை முடிந்த, முதல் சில நாட்களுக்கு நோயாளியை சிறப்பாக் கண்காணிக்க வேண்டும். குழல், உலர்ந்த சளியாலோ, டிப்தீரியா படலத்தாலோ அடைபட்டு விடாதபடி கவனிக்க வேண்டும்.

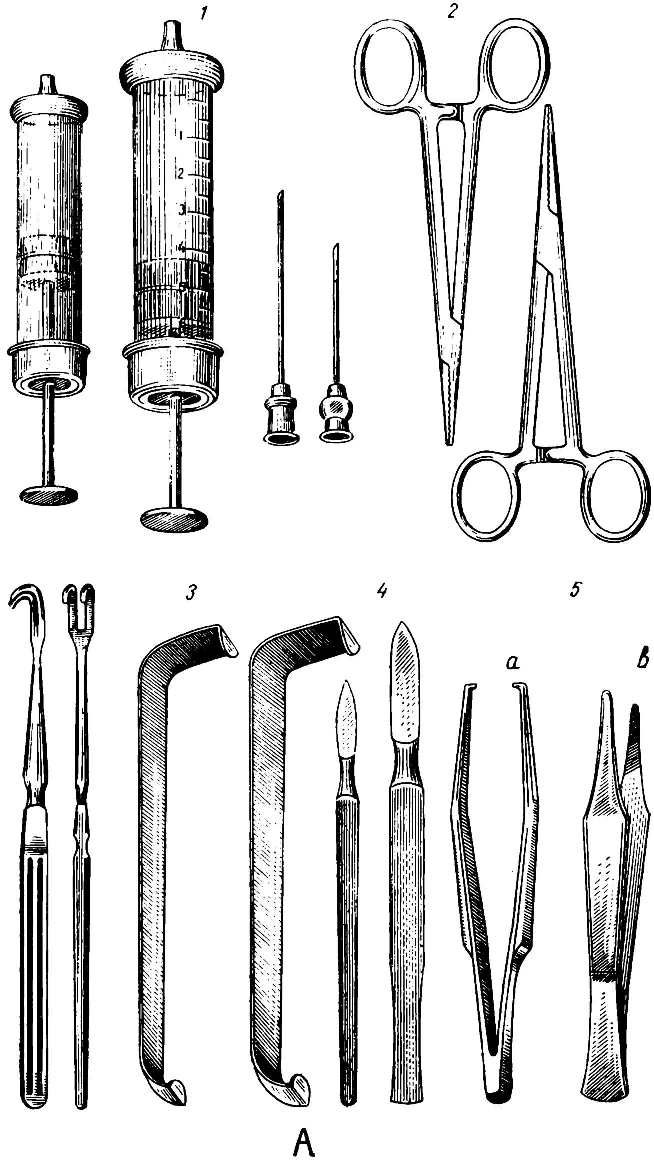
குழலின் உள்ளே, இரண்டு மூன்று மணி நேரங்களுக்கு ஒரு தடவை. தொற்று நீக்கப்பட்ட தாவர எண்ணெயின் இரண்டு மூன்று சொட்டுக்களை இடுவது நன்மைபயக்கும். மூச்சுக்குழல் துளைக்குழலின் வெளிப்பகுதியை, டாக்டர் மட்டுமே அகற்ற வேண்டும். அறுவைக்குப்பின்னான முதல் சில நாட்களில், உட்குழல் இரண்டு மூன்று தடவை அகற்றப்பட்டு சுத்தம் செய்யப்பட வேண்டும்.

வளையக்கூடிய மறை கொண்ட துழாவியைச் சுற்றி பஞ்சுகட்டி சுத்தம் செய்து, கொதிக்க வைக்கப்பட வேண்டும். அதன்பின்னர் வாசலைன் எண்ணெய் கொண்டு, தடவி, வெளிக் குழாயினுட் செருகிட வேண்டும். மூச்சுக்குழல் சுரப்பு சளி போன்றிருந்தால், தினமும் பல தடவைகள் உட்குழலைச் சுத்தம் செய்ய வேண்டும். ஈரமான போர்வைகளை வார்டுகளில் தொங்கவிடுவதன் மூலம் காற்றின் ஈர அடர்த்தி பேணப்படுகிறது. அல்லது ஈரமான வலைத் துணியை குழாயைச் சுற்றி கட்டிவிட்டால், மூச்சுக் குழல் எளிதில் உலர்ந்து விடாது.

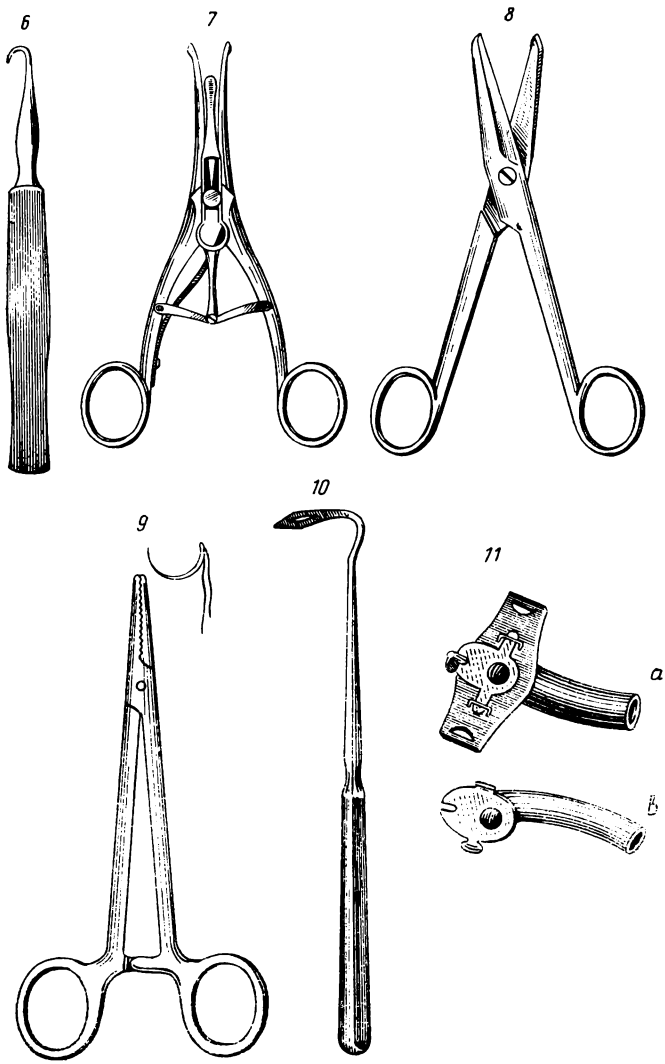
நோயாளி வெளிப்படுத்தும் சளியால், மூச்சுக்குழல் துளைக் குழலின் அடியேயுள்ள சருமம் உறுத்தல் அடைந்து நசிந்து விடாமல் கவனித்துக் கொள்ள வேண்டும். இதைக்கருத்தில் கொண்டு சருமத்தின் மீது வாசலைனோ, லஸ்ஸார்பசையோ பூசப்படுகிறது. குழலை அகற்றாமல், அதன் கீழே வலைத்துணி இடப்படுகிறது. அதன் உச்சியில் ரப்பர்துணி உறை போடப்பட்டு கழுத்தில் கட்டப்படுகிறது. அசுத்தமடைந்தவுடன் கட்டு மாற்றப்படுகிறது.

நோயாளி சிடுசிடுப்புடன் இருந்தாலோ, இருமினாலோ, நன்றாக பொருத்தப்படாத குழல் வெளியே வந்து விடுகிறது. அறுவையின் பின்னான ஒரு சில நாட்களில் இவ்விதம் நிகழ்வதால், காயப்பாதையில் கடினமான கழலைகள் தோன்றாமல் இருந்தால், தையல்களை பிரித்து, இழுப்பி உதவியுடன் குழல் மீண்டும் செருகப்படுகிறது. காயத்தின் ஓரங்கள் கொக்கிகளால் இழுக்கப்படுகின்றன.

குரல்வளை உட்துவாரம் சரியான உடன், குழல் அகற்றப்படுகிறது. குரல்வளை உள்நோக்கி ஆய்வுக்குப்பின், இது, தீர்மானிக்கப்பட வேண்டும். பல்வேறு பணி பற்றிய சோதனைகளும் செய்யப்படுகின்றன. இச்சோதனைகளில், மூச்சுக்குழல்துளையை தக்கை (கார்க்) கொண்டு அடைப்பதுவும், அடங்கும். இயற்கையான வழிகளில், நோயாளி சுவாசிக்க முடிந்தால், டாக்டர் குழாயை அகற்றி கட்டுப் போட்டுவிடலாம். நோயாளியின் படுக்கை அருகே தொற்றற்ற மூச்சுக்குழல்துளை குழலும், காய இழுப்பியும் தயாராக இருக்க வேண்டும். தேவைப்படும்போது, காயத்தின் ஓரங்களை இழுத்து, மீண்டும் குழலை உட்செருக இயலும்.



*படம் **116**. மூச்சுக்குழல்துளை அறுவைக்கான கருவிகள்*
A: *1. ஊசிகள்கொண்ட சிரிஞ்சு (உணர்வு நீக்க); 2. குருதிகசிவு தடை சாமணம்; 3. கொக்கி இழுப்பிகள்; 4. கத்திகள்; 5. சாமணம்:* a) *கட்டைவிரல் சாமணம்,* b) *குறும்பல் சாமணம்*



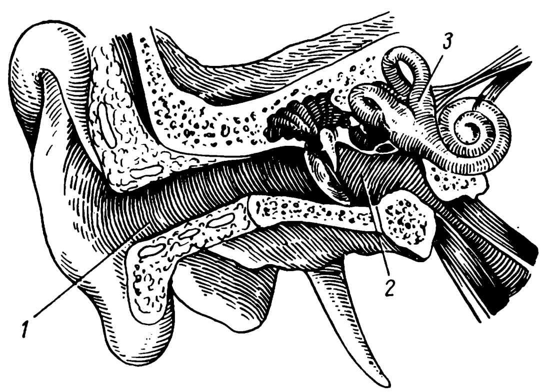
B

B: *6.* *மூச்சுக்குழலை நிலைநிறுத்த கூர்மையான கொக்கி; 7. டிரௌ சேயின் காய இழுப்பி; 8. அறுவை கத்திரி; 9. ஊசிதாங்கியும், ஊசியும், 10. தையல் ஊசி; 11.* (a) *உள் மற்றும்* (b) *வெளி, மூச்சுக் குழல் துளை குழாய்கள்*

IV. செவியின் நோய்கள்

உடற்கூறு இயல்

கேட்கும் உறுப்பின் பின் புறப்பகுதியில் 3 பாகங்கள் காணப்படு கின்றன. வெளி, நடு, உள் (படம் 117). நடுச்செவியில் கேட்பதற்



படம் 117. 1) வெளி, மற்றும் 2) நடு, 3) உட்செவியின் படம்

கான மற்றும் சம நிலைக்கான பகுப்பியின் கிரகிப்பிகள் காணப்படு கின்றன.

வெளிச் செவியில் சிறகு மற்றும் புறச்செவித்துளை ஆகியவை அடங்கும்.

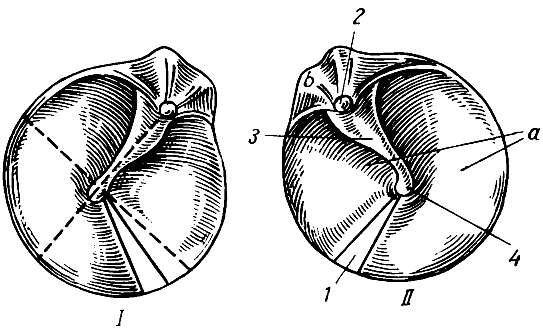
செவிச்சிறகில் உறயலின் குருத்தெலும்பு, சருமத்தால் மூடப்பட்டு இருக்கிறது.

புறச்செவித்துளை, செவிச்சிறகின் பரப்பிலுள்ள பெய்குழல் போன்ற பள்ளத்தில் துவங்குகிறது. கிடைமட்டமாக, உள்நோக்கி, சிறிது மேல்நோக்கி, 3.5 செ.மீ. நீளமுள்ள இந்தக் கால்வாய், இருக் கிறது. இந்தக் கால்வாயின் கடைசிப்பகுதியில் செவிப்பறை படலம் இருக்கிறது. செவித்துளையின் வெளிப்புற மூன்றில் ஒருபங்கு குருத் தெலும்பாலும் படலத் திசுவாலும் ஆனது. உட்புற 2/3 பங்கு எலும்

பாலானது. குருத்தெலும்புப் பகுதியின் சருமத்தில், குருமிளை (காது மெழுகு) சுரக்கும் குருமிச் சுரப்பிகள் காணப்படுகின்றன.

துளையின் குருத்தெலும்புப் பகுதியும் எலும்புப் பகுதிகளும், ஒரு கோணத்தில் சந்திக்கின்றன. இதனால் செவிப் பறைப்படலத்தை ஆராயும்போது, செவிச்சிறகை பின்புறமாகவும், மேற்புறமாகவும் இழுத்தால், செவித்துளை நேராக ஆகிறது.

செவிப்பறைப்படலம், *(படம் 118)* இது, 1 செ.மீ. விட்டம் கொண்ட ஒரு மெல்லிய படலமாக இருக்கிறது. இது புறச்செவிக்கும்



படம் 118. சகஜமான செவிப்பறைப் படலம்

I. வலதுபக்கம்; II. இடதுபக்கம்; a) பார்ச் டென்சா; b) பார்ஸ் ஃபிளாசிடா (ஷ்ராப்னெல் படலம்), 1. ஒளிக்கற்றை; 2. சுத்தி எலும்பின் சிறிய துருத்தம்; 3. சுத்தி எலும்பின் கைப்பிடி; 4. அம்போ (மத்திய பகுதி, செவிப்பறைப்படலத்தின் பெரிதும் குவிந்த புள்ளியாகும்)

நடுச்செவிக்கும் இடையிலான எல்லையாக அமைகிறது. இதன் பெரும்பகுதி, ஒரு எலும்பு வளையத்தில் இழுக்கப்பட்டுள்ளது. அதை பார்ஸ் டென்சா என்கிறோம். அதன் மேற்புறமான சிறிய பகுதி தொய்ந்துள்ளது. இதை பார்ஸ்ஃப்ளாசிடா அல்லது ஷ்ராப்னெல் படலம் என்கிறோம்.

உட்செவிக்கும் செவிப் பறைப்படலத்திற்கு இடையில், பொட்டெலும்பின் தடித்த பகுதியில் 1 செ.மீ. அளவில் உள்ள சிறிய இடம் தான்.

செவிப்பறைக்குழிவாகும். அதில் செவிச் சிற்றெலும்புகள் (சுத்தி எலும்பு, பட்டடை எலும்பு, பிடி) உள்ளன. இவையும் செவிப்பறைப் படலமும், சேர்ந்து இணைந்து ஒலி கடத்தும் அமைப்பாக இயங்குகிறது. முன்புறத்தில், செவிப்பறைக்குழிவு, கேட்புக்குழல் மூலமாக மூக்கு மேற்தொண்டையுடன் தொடர்பு கொள்கிறது. பின்புறமாக மாஸ்டாய்டுகுழிவுடனும், செல்களுடனும் தொடர்பு கொண்

டுள்ளது. மாஸ்டாய்டு செல்களைப் போலவே செவிப் பறைக்குழியில் உள்ள காற்று, கேட்புக்குழல் வழி உள் நுழைகிறது.

லேபிரின்த் அல்லது **உட்செவியில்**, எலும்பாலும், படலத்தாலுமான லேபிரின்த் காணப்படுகிறது. அவற்றின் பகுதிகளாவன: முகப்பு (மத்திய பகுதி), 3 அரை வட்டக் கால்வாய்கள், காக்ளியா.

எலும்புக்கால்வாயான காக்ளியா, ஒரு எலும்புத்தூணைச்சுற்றி இரண்டரைச் சுற்றுகளாக உள்ளது. அது, நத்தையின் உறை போன்று இருக்கிறது. காக்ளியாவின் படலப் பகுதியில், கார்டியின் உறுப்பு எனப்படும் சுருள் வடிவ உறுப்பின் செல் இயல் அமைப்பு மிகவும் சிக்கலானது. சுருள் உறுப்பில் காணப்படும் உணர்வு ரோம செல்கள், செல் இயல் அமைப்பு மிகவும் சிக்கலானது. சுருள் உறுப்பில் காணப்படும் உணர்வு ரோம செல்கள், கேட்பு நரம்பின் இழைகளுடன் இணைக்கப்பட்டு ஒட்டியுள்ளன. அது, கேட்புப் பகுப்பியின் புறப் பகுதியாக அமைகிறது.

முகப்பு அமைப்பில் முகப்பும், ஆட்டோலித் பொதிந்த அமைப்பும் காணப்படுகிறது. ஆம்புலாகருவியுடன் கூடிய அரைவட்டக்கால்வாய்களும் உள்ளன. வெஸ்டிபுலப்பகுப்பியின் முடிவு நுனிகள் இங்கு காணப்படுகின்றன.

உடல் இயங்கியல்

மனிதன், வெளி உலகுடன் தொடர்பு கொள்ளும் ஒரு புலனுறுப்பாக காது அமைகிறது.

செவிக்கு இரண்டு பணிகள் உள்ளன: 1) கேட்கும் பணி; 2) உடலின் சமநிலை பேணுதலும், வளியில் ஒழுங்கமைவும்.

கேட்கும் பணியில் கீழ்க்கண்டவை அடங்கும்: புற, மற்றும் நடுசெவி மூலம் ஒலிகளைக் கடத்துதல், மெல்லிய திசுக்கள் மற்றும் கபால எலும்புகள் மூலமும் ஒலியைக் கடத்துதல், உட்செவியில் அமைந்துள்ள, கேட்புப் பகுப்பியின் கிரகிப்பியான கார்டியின் உறுப்பால் ஒலிகளை உணர்தல்.

ஒலி கடத்தும் பகுதியுடன், புற மற்றும் நடுச்செவி இணைந்துள்ளது. அதேபோது உட்செவி—குறிப்பாக கார்டியின் அங்கம்—ஒலியை உணரும் கருவியுடன் இணைந்துள்ளது.

ஒலி உணரும் மற்றும் ஒலி கடத்தும் பகுதிகளின் சகஜமான பணியினால், கேட்புப்பணி முழுமையாக செயல்படுகிறது.

ஒலித்தூண்டல்களை இறுதியாக பகுத்துத் தொகுப்பது, மூளையின் பொட்டு மடலின் புறணியால் நடைபெறுகிறது. இங்குதான் நரம்புத் தூண்டல், ஒலி உணர்வாக மாற்றப்படுகிறது.

ஒருவினாடிக்கு 16 முதல் 20,000 வட்டங்கள் என்ற அதிர்வு அலைகளைக் கொண்ட புற ஒலிகளை மனிதன் உணர முடிகிறது.

வெஸ்டிபுலத்தின் பணி. பல கிரகிப்புகளின் ஒருங்கிணைந்த நடவடிக்கையின் விளைவாக, வெளியில் உடலின், அதன்மற்ற பகுதிகளின் நிலையை நிர்ணயிக்க முடிகிறது. பார்வை தவிர, சருமம் மற்றும் தசைகள், மூட்டுகள், நாண்கள் ஆகியவற்றில் பொதிந்துள்ள இரு கிப்பிகள், இதைச் சாதிக்கின்றன.

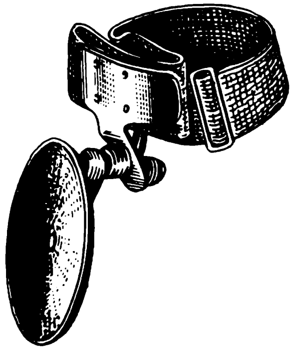
வெஸ்டிபூலிலும், அரைவட்டக் கால்வாய்களிலும், உள்ள வெஸ்டிபுல அமைப்பு, அசைவுகளின் போதும் ஓய்வு நிலையிலும் சமநிலை பேணுவது, உடலின் நிலையை நிலை நிறுத்துவது, ஆகிய வற்றில் பிரதான பங்கு வகிக்கிறது. வெஸ்டிபுல அமைப்பின் நோயின் போது மனிதனால் நிற்கவோ, உட்காரவோ, நடக்கவோ முடியாது. அவர்களுக்கு தலைச் சுற்றல், குமட்டல், வாந்தி ஆகியவை தோன்று கின்றன.

பரிசோதிக்கும் முறைகள்

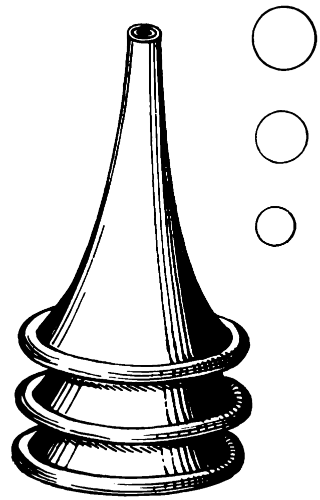
நோயாளியுடனான நேர்முக விசாரணை, முதல் முறையாகும். எந்தக் கோளாறுகளுக்காக மருத்துவ உதவி கோரினான் என்பதை யும், நோய் தோன்றிய சூழ்நிலையையும், கேட்டுத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். செவி நோய்களின் போது, கீழ்கண்டவற்றைக் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும்: 1. காதில் வலியும் அதன் தன்மை யும். 2. காதிலிருந்து சீழ் வடிதல். 3. ஓரளவான அல்லது முழுமை யான செவிட்டுத் தன்மை. 4. காதில் இரைச்சல். 5. தலைசுற்றல். 6. நோயாளியின் பொது உடல் நிலை, தலைவலிக் கோளாறுகள், காய்ச்சல், ஆகியவையும் கவனத்தில் கொள்ளப்பட வேண்டும்.

நடுச் செவியின் தீவிர வியாதிகளுக்கு, மூக்கிலும், தொண்டை யிலுமான அழற்சி நிகழ்வுகளே காரணமாகும். செவிக் கோளாறுக்கு முன்னர், இன்புளுயென்சா மற்றும், மூச்சு மேல் பாதையின் தீவிர நீர்கோப்பு ஆகியவை இருந்தனவா என்பதையும் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். செவிப் பரிசோதனையில் கீழ்க்கண்டவை அடங்கும்: செவிச்சிறகு மற்றும் மாஸ்டாய்டு பறைப் படலம் ஆகியவற்றை ஆராய் தல், கேட்பதற்கான பரிசோதனை, வெஸ்டிபுலப் பணிகளுக்கான பரிசோதனை.

செயற்கை வெளிச்சத்தில் செவியைப் பரிசோதிக்கலாம். (செவி உள்நோக்கல்). சுற்றுப் புறப்பொருட்களிலிருந்து பிரித்தறிய இருட்ட றையில் பரிசோதிப்பது சாலச் சிறந்தது. கைப்பிடி கொண்ட ஒளி பிரதிபலிப்பி என்ற வட்ட, ஓரளவாக குழிந்த கண்ணாடி (நெற்றி யில் பொருத்தப்பட்டது) உபயோகிக்கப்படுகிறது. (படம் 119) ஒரு 50—60 வாட் மின்விளக்கு (சொரசொரப்பான கண்ணாடி கொண்டது), ஒளி வழங்கும் நல்ல சாதனமாகும். நோயாளியை உட்காரவைத்துப் பரிசோதிக்கலாம்.



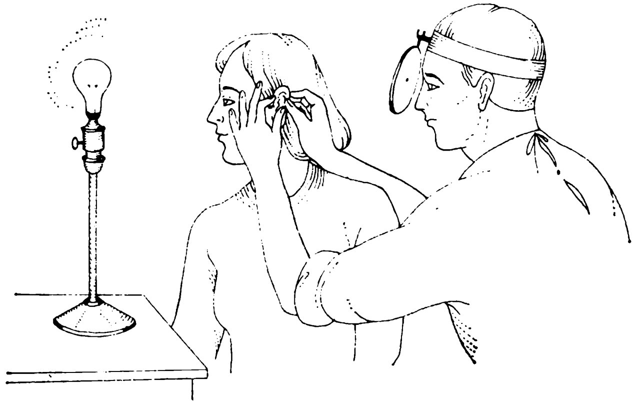
படம் 119. தலைக் கண்ணாடி.



படம் 120. காது உள்நோக்கி

நோயாளியின் பின்புறத்திலிருந்தும், வலதுபுறத்திலிருந்தும் நோயாளியின் தலை மட்டத்தில் ஒளிக்கற்றை வர வேண்டும், உதவியாளரின் மடியில் குழந்தை உட்கார்ந்து கொள்கிறது ஒருகையால், குழந்தையின் தலையை உதவியாளர் இறுக்கமாகப் பிடித்து கொள்கிறார் மற்றொரு கையால் குழந்தையின் கைகளைப் பற்றிக் கொள்கிறார். உதவியாளரின் கால்களுக்கிடையே குழந்தையின் கால்கள் உள்ளன. காது உள்நோக்கியின் உதவியால், புறச்செவித் துளையின் சுவர்களும், செவிப்பறைப்படலமும் பரிசோதிக்கப்படுகின்றன. (படம் 120) செவிச் சிறகு மேல் நோக்கியும், பின்னோக்கியும் இழுக்கப்படுகிறது. சிறிதளவே சுற்றி, காது உள் நோக்கி, செவித்துளையினுள், 1.0—1.5 செ.மீ. ஆழத்தில், அதன் எலும்புப் பகுதி வரை, செலுத்தப்படுகிறது. இதன்போது, தலைக் கண்ணாடி மூலம் ஒளி, செவித் துளையினுட் செலுத்தப்படுகிறது. (படம் 121)

முத்துப்போன்ற சாம்பல் நிற முட்டை வடிவத்துடன் சகஜமான செவிப்பறைப் படலம் தெரிகிறது. அதில் சில தடயங்களும் காணப்படுகின்றன. படலத்தின் அசையும் தன்மையை, காற்றமுத்த காது உள்நோக்கி கொண்டு, தெரியலாம். தணிந்த குரல்கொண்டும், பேச்சுக் குரல் கொண்டும், இசைக்கவடு கொண்டும், கேட்புமானி கொண்டும், கேட்கும் திறன் பரிசோதிக்கப்படுகிறது. வெஸ்டிபுலப் பணிகள் கீழ்க் கண்டவாறு நிர்ணயிக்கப்படுகின்றன: ஒருங்கிணைந்த அசைவுகள், கண் அசைவுத்தசைகளின் நட வடிக்கையைப் பரிசோதித்தல் (விழி ஊசலாட்டம், முறைத்துப் பார்க்கும் போது இரு விழிக் கோளங்களும் லயத்துடன் அசைதல்) பராணியின் அசையும்



படம் **121.** செவியைப் பரிசோதித்தல் (காது உள்நோக்கி)

நாற்காலிப் பரிசோதனை, கலோரிப் பரிசோதனை (குறிப்பிட்ட வெப்பமுள்ள, குளிர்ந்த அல்லது வெப்பமான தண்ணீரை செவியினுட் செலுத்தல்).

பொதுவான பராமரிப்பும், சிகிச்சையும்

செவிநோய் கொண்ட நோயாளிகளைப் பராமரிப்பதற்கான எளிய முறைகளுக்கு, தனித்த, சிக்கலான கருவிகள் எதுவும் தேவையில்லை. கூட்டுப்பண்ணைகள் மற்றும் தொழில் நிறுவனங்களிலுள்ள முதல் உதவி நிலையங்கள், உள் மற்றும் புற நோயாளிப் பகுதிகள் ஆகியவற்றில் பராமரிப்பு நடத்தப்படுகிறது.

செவியைச் சுத்தம் செய்வதும், பல்வேறு மருந்துகளை உட்செலுத்துவதும் செவி நோயாளிகளின் பராமரிப்பில் அடங்கும்.

செவிக் கால்வாயைச் சுத்தம் செய்யும் முறைகள் செவிப்பறைப் படலத்தை பரிசோதிக்கும் முன்னர், மெழுகு மற்றும் சீழ், பொடுகுகள் ஆகியவற்றை புறச் செவித் துளையிலிருந்து அகற்றுவது அவசியம். நீர் பாய்ச்சல் முறையாலோ அல்லது உலர்ந்து முறையாலோ இதைச் செய்யலாம்.

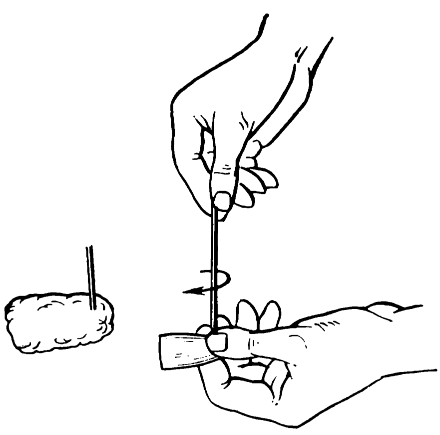
நீர்ப்பாய்ச்சல்: உலர்ந்த முறை மூலம் மிகையான சீழை அகற்றுவது முடியாத காரியம் என்ற நிலையில், தீவிர அல்லது நாட்பட்ட நடுச்செவி அழற்சிக்கு நீர் பாய்ச்சலை கையாளுவது நலம், தன்னைத்தானே சுத்தம் செய்து கொள்ளும் நோயாளியால் செவிக் கால்வாயை பூரணமாக சுத்திகரிப்பது இயலாத காரியம்.

ஒரு ரப்பர் பலூன் கொண்டோ அல்லது செவி சிரிஞ்சு கொண்டோ (100 செ.மீ. 3 அளவு) நீர் பாய்ச்சல் செய்வது நல்லது. இரண்டு வகையான ரப்பர் பலூன்கள் உள்ளன. முழுவதும் ரப்பராலான

பலூன் (பருமனான நுணி கொண்டது) உதவியால் செவித்துளைக்குள் சிரமத்துடன் நுழைத்தல்; தந்த நுனி கொண்ட ரப்பர் பலூனையும் உபயோகிக்கலாம். துளையின் சுவர்களுக்கு ஊறு நேருவதைத் தவிர்க்க, மெல்லிய 3—4 செ.மீ. நீளமான ரப்பர் குழாயை, தந்த நுனியில் பொருத்துவது நல்லது. வெப்பமான தொற்று நீக்கும் கரையங்கள் கொண்டு—3% போரிக் அமிலம்—காதினுள் நீர் பாய்ச்சல் மேற்கொள்ளப்படுகிறது. சிறுநீரக வடிவ தட்டத்தை, கழுத்தின் ஒரு பக்கத்தில் பலமாக, நோயாளியே பிடித்துக் கொள்கிறான்.

செவித்துளையை நேராக ஆக்க, வயது வந்த ஒருவனின் செவிச் சிறகு, இடதுகையால் பின்பக்கமாகவும், மேற்புறமாகவும் இழுக்கப்படுகிறது. வலது கையால் ரப்பர் பலூன் செவிக்குள் நுழைக்கப்படுகிறது. 1 செ.மீ.—க்கு மேல் உள்ளே நுழைக்கக்கூடாது. துளையின் பின் சுவர் வழியாக, விசை எதுவுமின்றி, வெப்ப நீர்த்தாரை கொஞ்சம் கொஞ்சமாக உட்செலுத்தப்படுகிறது. பலூனினுள் நீரை நிரப்புவதற்கு முன், அதில் காற்றுக் குமிழ் எதுவும் இல்லாதபடி அமுக்கப்படுகிறது. இல்லையேல், காற்றுக் குமிழ்களும் நீரும் சேர்ந்து நீர்ப்பாய்ச்சலின் போது ஒரு அருவருப்பான சப்தத்தை காதினுள் உண்டாக்குகிறது. நீர்ப் பாய்ச்சலின் பின்னர், நோயாளியின் தலை ஒரு பக்கமாகச் சாய்க்கப்பட்டு, நீர் வெளியேற்றப்படுகிறது. துளையின் ஆழ்ந்த பகுதியில் எஞ்சியிருக்கும் தண்ணீர், பஞ்சு சுற்றப் பட்ட துழாவியின் உதவி கொண்டு அகற்றப்படுகிறது.

நீர் பாய்ச்சலின் மூலம், குரும்பியை அகற்று முன்னர், ஒரு பிப்பெட் கொண்டு இரண்டு மூன்று நாட்களுக்கு வெப்பமான சோடாகரைசலை இட்டு, குருமியை இளக்க வேண்டும்.



படம் 122. மறை கொண்ட துழாவியைச் சுற்றி பஞ்சைக் கட்டும் செய்முறை. சேதம் விளைவதைத் தடுக்க, துழாவியின் நுனி மூடப் பட வேண்டும்.

நீர்பாய்ச்சலை விட, உலர் முறை கொண்டு செவியைச் சுத்தம் செய்வது, மிகவும் சிரமமானது ஏனெனில் காதினுள் கிருமிகள் உட்செல்ல வாய்ப்பு உண்டு. சரும அழற்சி மற்றும் எக்சீமா, புண் ஆகியவை துளைச் சுவர்களை உறுத்தும் போது நீர்ப் பாய்ச்சல் கையாளப் படுவதில்லை, அல்லது சிறிய அளவில் வெளிப்படும் சீழை அகற்றபஞ்சுக்குச்சி கொண்டு துடைக்கலாம் அல்லது புறச் செவித்துளையை உலர்த்

தலாம். மறை கொண்ட நுனி கொண்ட மெல்லிய துழாவிகளையும் பயன்படுத்தலாம். இத்தகைய செயல் முறைக்கு, மெல்லிய குமிழ் கொண்ட துழாவிகள் பொருந்தாது. துழாவியைச் சுற்றி பஞ்சு இறுக்கமாகக் கட்டப்படுகிறது. அதன் போது கூர்மையான நுனி கவனமாக மூடப்படுகிறது. இல்லையெனில் செவிப்பறைப் படலம் அல்லது துளையின் சுவர்கள் சேதமடையலாம் (படம் 122).

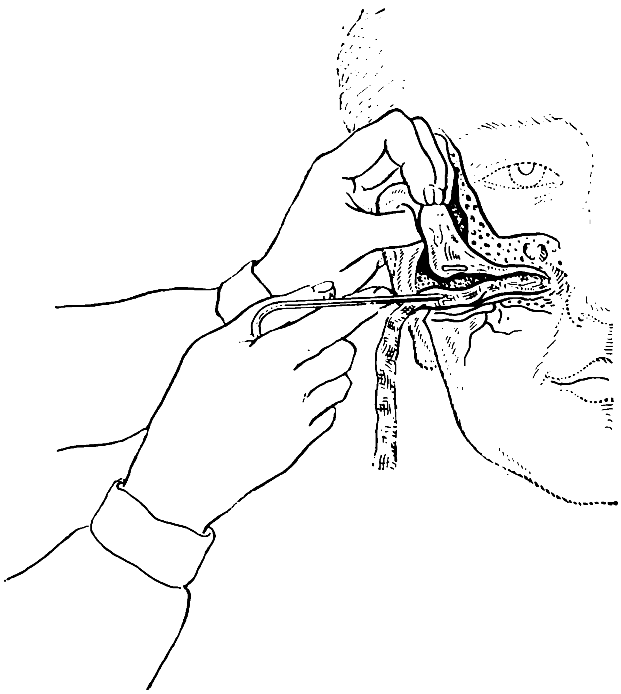
செவியைச் சுத்தப்படுத்து முன்னர், கைகளைச் சுத்தமாகக் கழுவ வேண்டும். தொற்றற்ற, தண்ணீரை உறிஞ்சும் பஞ்சு, உபயோகிக்கப்படுகிறது. பஞ்சு கொண்ட துழாவியை சாராய விளக்கு சுவாலையின் மேல் காட்டி, தொற்று நீக்க வேண்டும்.

காது, கீழ்க்கண்ட முறையில் சுத்தம் செய்யப்படுகிறது. இடது கையில் காது உள் நோக்கியைக் கொண்டு, செவிச் சிறகை பின் நோக்கியும் மேல் நோக்கியும் இழுக்க வேண்டும். அதே போது வலது கை கொண்டு, நுனியில் பஞ்சு கொண்ட துழாவியை 2.5செ.மீ. ஆழத்திற்கு—செவிப்பறைப்படலம் வரை—உட்செலுத்த வேண்டும். துழாவியை திருகுவதன் மூலம், செவியின் சுரப்பு வெளிப்பாடு கிரகிக்கப்படுகிறது. பஞ்சு மாற்றப்படுகிறது. செவியிலிருந்து அகற்றப்படும் பஞ்சு உலர்ந்து இருக்கும் வரை, இந்த செய்முறை மீண்டும் மீண்டும் செய்யப்படுகிறது. அதன் பின்னர், தேவையிருந்தால், சொட்டுகள் உள்ளிடப்படுகின்றன.

வலைத்துணி அடைப்பான்கள் கொண்டு செவித்துளையை நிரப்பி, நடுச்செவியின் சீழ் கொண்ட அழற்சிக்கு சிகிச்சை அளிக்கும் உலர் முறை நடுச்செவியிலிருந்து திரவ வெளிப்பாட்டை அகற்ற கையாளப்படுகிறது.

சில கேசுகளில், இது தான் மிகச் சிறந்த முறையாகும். காதினுட் சொட்டிட்டவுடன் அல்லது நீர்ப் பாய்ச்சல் செய்தவுடன் இதைக் கையாளலாம். இதன் போது, அடைப்பதற்கு முன், துளையை உலர்த்த வேண்டும்.

5செ. மீக்கு அதிகமாக நீளமின்றி வலைத் துணியை மடித்து உண்டாக்கப்பட்ட காது அடைப்பானின் நுனியை வளைந்த சாமணம் கொண்டு பிடிக்க வேண்டும். 2.5 செ.மீ ஆழத்திற்கு அதிகமாக, செவித்துளையினுள் நுழைக்கக்கூடாது. சாமணம் காதிலிருந்து அகற்றப்படுகிறது. (படம் 123) அடைப்பானை அதன் நுனியிலிருந்து 1.0—1.5 செ.மீ. தூரத்தில் பிடித்து, செவிப் பறைப் படலத்தைத் தொடும் வரையில் அதை உட்செலுத்த வேண்டும். துளையை தளர்வாக அடைத்து, அதன் ஆழ்ந்த பகுதியில் சீழ் தேங்காமல் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். மிகையாக திரவ வெளிப்பாடுகள் இருக்கும் போது, அடைப்பான்களை 5—6 தடவை தினமும் மாற்ற வேண்டும். திரவ வெளிப்பாடு குறைவாக இருக்கும் போது ஒன்றிரண்டு தடவை மாற்றினால் போதும்.



படம் 123. புறச்செவித்துளையின் உள்ளே, வலைத்துணி அடைப் பானைச் செருகுதல்

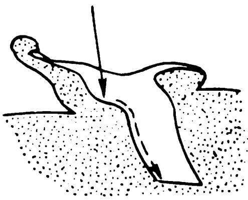
மேற்குறிப்பிட்ட செயல் முறைகள் அனைத்துமே, தொற்றற்ற முறையில் மிகவும் கவனத்துடன் செய்யப்பட வேண்டும். இதன் மூலம் சேதாரங்களையும், புறச்செவி அழற்சி போன்ற சிக்கல்களை யும் தவிர்க்க முடியும்.

மருந்துகளை உட்செலுத்துதல்

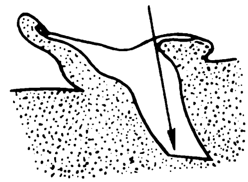
செவி நோய்க்கு இடப்படும் மருந்துகள் அனைத்தும் கீழ்க்கண்ட வையாக உள்ளன: சொட்டுகள், களிம்புகள், குழம்புகள், பவுடர் கள்.

உட்சொட்டிடுதல் தான் மிகவும் பொதுவான சிகிச்சை முறை யாகும். மருந்தை உட்சொட்டிடுமுன், செவித்துளையில் உள்ள சீழ் வெளிப்பாடுகளை கவனமாக அகற்ற வேண்டும். வெஸ்டிபுல உறுப்பு உறுத்தப்படுவதைத் தவிர்க்க, சொட்டிடப்படுவதற்கு முன் எல்லாச் சொட்டு மருந்துகளும் உடல் வெப்ப அளவிற்கு சூடுபடுத்தப்பட வேண்டும். 37°செ.—க்கு மேற்பட்ட வெப்பமுள்ள தண்ணீர்

கொண்ட குவளையில், சொட்டு மருந்துள்ள பாத்திரத்தை வைக்க வேண்டும். நோய் கொண்ட பக்கத்திற்கு எதிர்புறமாக தனது தலையைச் சாய்க்கிறான். இடது கை கொண்டு செவிச்சிறகு பின்நோக்கியும் மேல் நோக்கியும் இழுக்கப்படுகிறது. ஒரு தேக்கரண்டி கொண்டோ அல்லது கண்பிப்பெட் கொண்டோ, 5 முதல் 10 சொட்டுகள் இடப்பட வேண்டும். (படம் 124, 125) சொட்டு



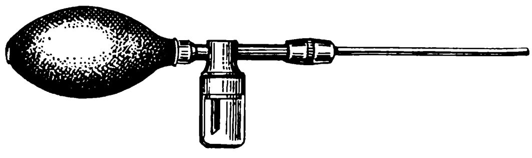
படம் 124. செவியினுள் சொட்டிடப்பட வேண்டிய சரியான முறை



படம் 125. செவியினுள் சொட்டிடப்பட வேண்டிய தவறான முறை

கள் முதலில், செவித்துளைச்சுவரின் பின்புறமேற்புறப்பகுதியில், விழ வேண்டும். பின்னர் படிப்படியாக சொட்டுகள் செவிப்பறைப் படலத்தை அடைகின்றன. 10—15 நிமிடங்கள் கழித்து, தலையை பாதிக்கப்பட்ட செவியின் பக்கமாகச் சாய்ப்பதால் சொட்டுகள் வெளிவந்துவிடுகின்றன. பின்னர், முன்னர் கூறியபடி, செவித்துளை உலர்த்தப்படுகிறது. பிறகு, டாக்டர் கூறியிருந்தால், வலைத்துணி அடைப்பான் கொண்டு, தொய்வாக அடைக்க வேண்டும், தினமும் 2—3 தடவைகள் உட்சொட்டிடப்படுகின்றன. தவறான முறையில் உட்சொட்டிடப்பட்டால், சொட்டுகள் செவிப்பறைப்படலத்தின் மீது நேரடியாக விழுவதால், ஒரு அருவருப்பான உணர்வு, வலி, சில போது தலைச் சுற்றல் ஆகியவை உண்டாகின்றன. (படம் 125)

செவிச்சிறகு, மற்றும் புறச் செவித்துளை ஆகியவற்றின் நோய்களின் போது (சரும அழற்சி, எக்ஸிமா) **களிம்புகள்** உபயோகிக்கப்படுகின்றன. அம்மோனியா கொண்ட பாதரசம், மற்றும் மஞ்சள் பாதரச ஆக்சைடு, துத்தநாகக் களிம்பு அல்லது 1—5% சல்பலினமைடு அல்லது சிந்தோமைசீன் எமல்ஷன் (குழம்பு) பொதுவாகப்



படம் 126. உட்தூவி

பயன்படுத்தப்படுகின்றன. நெருப்புக் குச்சியிலோ அல்லது துழாவியிலோ சுற்றிய பஞ்சின் மூலம், துளையின் சுவர்கள் பூசப்படுகின்றன. சில போது 15—30 நிமிடங்களுக்கு களிம்பு கொண்ட பஞ்சு அடைப்பான், துளையில் அடைக்கப்படுகிறது.

பவுடர் போன்ற மருந்துகளை உட்தூவல், ஒரு செவிலியரால் செய்யப்படுகிறது. சில போது, நோயாளியின் உறவினர்களுக்கு இந்த முறை கற்றுத் தரப்பட்டு, கையாளப்படுகிறது. நீர் பாய்ச்சல் மூலமாகவோ அல்லது உலர் முறை மூலமாகவோ, செவித்துளையில் உள்ளசீழ் சுத்தம் செய்யப்படுகிறது. மிகவும் நுண்ணிய பவுடராக உள்ள போரிக் அமிலம், சல்பமைசின், சல்பாடிமிசின் போன்றவை பெருமளவில் பயன்படுத்தப்படுகின்றன, அல்லது பெனிசிலின் அல்லது சிந்தோமைசீன் ஆகியவற்றுடன் கலந்து பயன்படுத்தப்படுகிறது. உட்தூவி கருவி கொண்டு (படம் 126) பவுடரை காதினுட் தூவலாம், அல்லது அது இல்லையெனில் ஒரு காகித பெய் குழல் கொண்டோ அல்லது காது உட்நோக்கி கொண்டோ, பவுடரை உட்செலுத்தலாம். ரப்பர் பலூனையும் உபயோகிக்கலாம். உட்தூவிகளின் உலோக நுனிகளை கொதிக்க வைப்பதன் மூலம் தொற்று நீக்கலாம். ரப்பர் பலூன்களை, ஆல்கஹால் கொண்டு துடைக்கலாம் அல்லது 4% கார்பாலிக் அமிலக் கரைசலை உபயோகிக்கலாம். உட்தூவலுக்கு, வழக்கமான முறையில், செவித்துளை நேர் செய்யப்படுகிறது. ஒரேசீராக நுண்ணிய பவுடராக செவிப்பறைப் படலத்தின் மீது விழ வேண்டும். அவை கட்டியாக இருந்தால் சீழ் வெளிப்பாடடைய இடைஞ்சலாக இருக்கும். செவிக்கு வெப்ப ஒத்தடம் கொடுக்கப்படலாம். மாஸ்டாய்டு புடைப்புக்கு பனிக் கட்டி கொண்ட ரப்பர் பையை வைக்கலாம். நோயாளி பராமரிப்பு முறைகளில் ஏற்கெனவே குறிப்பிட்டபடி செவிக்குக் கட்டுகள் போடலாம்.

கொப்புள செவி அழற்சி

சருமத்தில் உள்ள பிளவுகள், கீறல்கள் வழியாக உரோமக்குமிழ்களையும், செபேசியஸ் சுரப்பிகளையும், ஸ்டாபிலோகாக்கைகள் அடைந்து கொப்புள செவி அழற்சியை உண்டாக்குகின்றன. செவித்துளையின் குருத்தெலும்புப் பகுதியில் தான் கொப்புளங்கள் காணப்படுகின்றன.

அறிகுறிகள். பற்கள் மற்றும் கழுத்து நோக்கிச் செல்லும் வலியால் நோயாளி அவதிப்படுகிறான். வாயைத் திறக்க முயற்சிக்கும் போது குறிப்பாக சவைக்கும் போது வலி அதிகமாகிறது. துளையின் குருந்தெலும்புப்பகுதி சுருக்கமடைகிறது. செவிச்சிறு மடலையும், குருத்துப் பகுதியையும் அழுத்தினால் வலி அதிகமாகிறது; தல நிண முடிச்சுகள் வீங்கி, தொடுவலி கொண்டுள்ளன. உடல் வெப்பம்

அதிகமாக இருக்கிறது. கேட்கும் திறன், பொதுவாக பாதிக்கப்படுவ தில்லை. இந்நோய் 5—7 நாட்களுக்கு நீடிக்கிறது. ஆனால் கொப் புளங்கள் மீண்டும் மீண்டும் உண்டாகின்றன. அப்போது நோய் பல வாரங்களுக்கு நீடிக்கின்றன. நீரிழவு நோய் மற்றும் சிறுநீரக நோய், தீவிரமான வளர்சிதை மாற்ற நோய்கள் உள்ளவரிடம் மேற்கூறியது அடிக்கடி நிகழ்கிறது.

சிகிக்சை. உலர்ந்த வெப்பம், 70 டிகிரி ஆல்கஹால், அல்லது 10% அலுமினியம் அசிடேட் கரையம் ஆகியவற்றால் செறிவடைந்த, குறுகிய வலைத் துணி அடைப்பானை செவித் துளையினுட் செலுத் துதல், குவார்ட்ஸ் விளக்கு மற்றும் சொல்லூக்ஸ் விளக்கு கொண்டு கதிர்வீச்சு ஆகியவை பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. தயாரான போது கொப்புளத்தை அறுவை மூலம் திறக்க வேண்டும்.

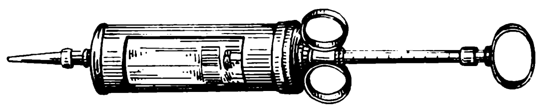
தடுப்பு முறைகளும் பராமரிப்பும். குறிப்பாக சருமத்தின் எக்ஸிமா வின் போது 70 டிகிரி ஆல்கஹால் அல்லது மஞ்சள் பாதரச ஆக் சைடு களிம்பு கொண்டு செவித்துளையின் சுவர்கள் மீது பூசினால் மீண்டும் மீண்டும் நோய் ஏற்படுவது தவிர்க்கப்படுகிறது, துளைக் குள் களிம்பைச் செலுத்த, 1.5—2செ.மீ. நீளமுள்ள பஞ்சை மழ மழப்பான துழாவியில் சுற்றி, உபயோகிக்கலாம், டாக்டர் பரிந்து ரைத்த களிம்பை பஞ்சின் மீது தடவி, அதை கவனத்துடன் துளை யினுட் செலுத்த வேண்டும். செவியினுள்ள 15—20 நிமிடங்களுக்கு பஞ்சை வைத்துவிட்டும், துழாவியை அகற்றி விட வேண்டும். பொதுப்படையான சிகிச்சை (அயச்சத்து, ஆர்சனிக், மீன் எண் ணெய், வைட்டமின்கள் இன்னபிற) மிகையான கொப்புளங்களின் போது, பரிந்துரைக்கப் படுகின்றன. பெனிசிலின் தசை ஊசியாகச் செலுத்தப்படுகிறது.

கட்டியான குறும்பி

புறச் செவித்துளையின் சருமத்தில் உள்ள குறும்பிச் சுரப்பிகளின் மிகுதியான சுரப்பால், செவி மெழுகு தேங்கி கட்டியான குறும்பி உண்டாகிறது.

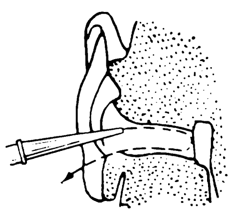
அறிகுறிகள். கட்டியான அடைபட்ட குறும்பி, செவித்துளையை முழுமையான அடைத்துவிட்டால் கேட்புத்திறன் குறைகிறது, குளித்த பின்னரோ அல்லது தலை ரோமக்கழுவலின் போதோ, தண்ணீர் காதினுட் சென்று கேட்புத்திறன் ஓரளவாக குறைகிறது. இங்கு குறும்பி வீக்கமடைந்து, செவிக்கால்வாயை முழுமையாக அடைக்கிறது.

சிகிச்சை. குறும்பியை அகற்றி, நோயாளியைக் கேட்கச் செய்ய, வெப்பமான (37°செ) தண்ணீரை 100 செ.மீ.³ சிரிஞ்சு கொண்டு, காதினுள் நீர் பாய்ச்சலாம். (படம் 127)

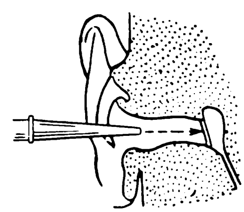


படம் 127. செவியுள், நீர்பாய்ச்சலுக்கான பீச்சாங்குழல்

நீர் பாய்ச்சல் முறை கொண்டு கட்டியான குறும்பியை அகற்ற செவிலியர்களைப் பணிக்கலாம் துளைச்சுவரின் பின்புற மேற்புற சுவர் வழியாகச் செலுத்தப்பட்ட நீர்த் தாரை, செவிப்பறைப் படலத்தையும், துளையின் சுவர்களையும் கழுவுகிறது. நீர்பாய்ச்சல் லரியாக செய்யப்படாவிடில், நீர்த்தாரை, நேரடியாக செவிப்பறைப் படலத்தின் மீது செலுத்தப் படுகிறது, இதனால் வலி உண்டாகி, படலம் சேதமடைவதுடன், குறும்பியும் முழுமையாக அகற்றப் படவில்லை. (படங்கள் 128—131)

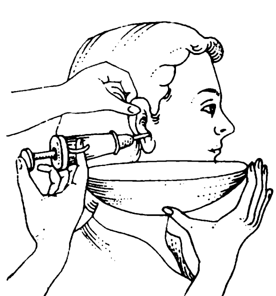


படம் 128. காதினுள் நீர்ப்பாய்ச் சல் (சிரிஞ்சின் நுனி சரியான நிலையில் உள்ளது)

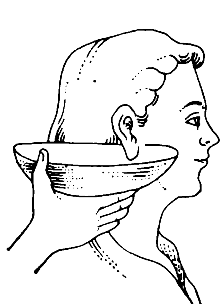


படம் 129. சிரிஞ்சின் நுனி சரியான நிலையில் இல்லை

முதல் நீர்பாய்ச்சலிலேயே, கடினமான அடைக்கப்பட்ட குறும்பியை, எப்போதுமே அகற்றி விட முடியாது. அந்த நிலையில் 2—3



படம் 130. செவியினுள் நீர்ப் பாய்ச்சுதல் சரியான முறை



படம் 131. செவியினுள் நீர் பாய்ச்சுதல் (சரியற்ற முறை)

நாட்களுக்கு காரச் சொட்டுகளை உட்சொட்டிட்டு மெழுகை மென்மையடையச் செய்ய வேண்டும். குறும்பி வீக்கமடைவதால், கேட்பது தற்காலிகமாக குறைபடலாம் என்பதை நோயாளிக்குத் தெரிவித்து விட வேண்டும்.

செவியிலிருந்து ஏற்கெனவே சீழ் வெளிப்பட்டிருந்தால், நீர் பாய்ச்சல் கடைப்பிடிக்கப்படுவதில்லை. கருவிகள் கொண்ட கட்டியான குறும்பியை அகற்ற, ஒரு டாக்டரிடம் நோயாளி அனுப்பப்பட வேண்டும்.

எடுக்க: சோடியம் ஹைட்ரோகார்பனேட் 0.5

கிளிசரைன், தண்ணீர் 5.0

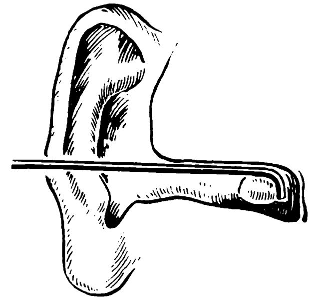
தினமும் மூன்று தடவைகள், 10 சொட்டுகளை வெப்பக் கரைசலாக உட்சொட்டிடவும்

செவியில் அயற்பொருட்கள்

விளையாடும்போது பல வேறு சிறிய பொருட்களை காதில் செருகும் 2—8 வயதுக் குழந்தைகளில், செவியில் அயற்பொருட்கள் பெருமளவில் காணப்படுகின்றன. பெரும்பாலான கேசுகளில், செவியிலுள்ள ஒரு அயற் பொருள் எந்தவிதமான அருவருப்பான உணர்வுகளையும் உண்டாக்குவதில்லை. சில போது அனிச்சை இருமல் உண்டாகிறது. அல்லது ஓரளவாக கேட்கும் திறன் மட்டுப்படுகிறது. செவியிலிருந்து அயற்பொருட்களை அகற்ற, திறமையற்ற முறையில் முயற்சி செய்தால், கீழ்க்கண்டவை நேருகின்றன: புறச் செவித்துளையின் அழற்சி, சில போது, செவிப்படலம். கிழிந்து படல், நடுச்செவியின் தீவிர அழற்சி.

செவிக்குள் நுழைந்த ஒரு பூச்சி, துளைச்சுவர்கள் வழியாக ஊர்ந்து சென்று, செவிப் பறைப் படலத்தையடைந்து, தாங்கொணா அரிப்பு மற்றும் சப்தம், செவியில் சடக்கென்ற சப்தம் ஆகியவற்றை உண்டாக்குகிறது.

சிகிச்சை. செவித்துளையினுள், வெப்பநீர்பாய்ச்சல் மூலம் அயற்பொருட்கள் அகற்றப்படுகின்றன (கட்டியான குறும்பியை அகற்றுவது போல்).



படம் 132. மழுங்கலான கொக்கி கொண்டு செவியிலுள்ள அயற்பொருளை அகற்றுதல்

வெப்பமான கிளிசரைன் மற்றும் வாசலைன் எண்ணெய், சூடஎண்ணெய், சாராயம் ஆகியவற்றின் சில சொட்டுக்களை உட்சொட்டிடுவதன் மூலம், செவியின் உள்ளேயுள்ள பூச்சியைக் கொன்று

விடலாம். அயற்பொருள் அகற்றப்பட முடியாவிடில் நேரடிப்பார்வையின் மூலம் (படம் 132) ஒரு டாக்டர், ஒரு மொட்டையான அல்லது கூர்மையான அகற்றுதல் கொக்கி கொண்டு அகற்றிவிடலாம். (சில போது உணர்வகற்றுமுறை கையாளப்படுகிறது) வட்டமான அயற்பொருளை சாமணம் கொண்டு அகற்ற முயற்சிக்கக்கூடாது. ஏனெனில் அது வழுக்கி விழுந்து துளையின் ஆழ்ந்த பகுதிகளுக்குட் செல்லக் கூடும். உப்பக்கூடிய தன்மை கொண்ட பட்டாணிக் கடலை போன்ற அயற்பொருட்களை, அதன் நீர் அடக்கத்தை அகற்றும் முறையில் முதலில் செவிக் கால்வாய்க்குள் 96 டிகிரி ஆல்கஹாலின் வெப்பக் கரையத்தை உட்சொட்டிட வேண்டும். (ஒன்றிரண்டு நாட்களுக்கு தினமும் நாலைந்து தடவைகளாக 10 சொட்டுகள் இட வேண்டும்) சில அயற்பொருட்கள் (உருண்டை மணி, சிறிய உலோகப் பந்து, இன்னபிற) எந்த வித தீங்கும் உண்டாகாமல் செவிக்குள்ளே இருப்பதால், அவற்றை, அகற்ற முயற்சிக்க வேண்டாம். ஏனெனில் அவற்றை அகற்றுவதற்கான செயல்முறைகள் திருப்திகரமாக இல்லை. செவியிலிருந்து அயற்பொருட்களை அகற்றுவதற்குத் தேவையான எல்லாக் கருவிகளையும் செவிலியர் தயாராக வைத்திருக்க வேண்டும். செவிக்கான சிரிஞ்சு, வெப்பமான 3% போரிக் அமிலக் கரையம், மழுங்களான மற்றும் கூர்மையான கொக்கிகள், வளைந்த சாமணங்கள், தொற்றற்ற பஞ்சு முதலியன.

ஏற்கெனவே அயற்பொருளை அகற்ற முயற்சிகள் செய்யப்படாவிடில், நீர்பாய்ச்சல் முறை கொண்டு ஒரு அயற்பொருளை அகற்ற செவிலியர் முயற்சிக்க வேண்டும். சிறந்த நிபுணர்கள் தான், கருவிகள் கொண்டு அயற்பொருட்களை அகற்ற முயற்சிக்க வேண்டும்.

நடுச் செவியின் தீவிர அழற்சி

நடுச் செவியின் தீவிர அழற்சி, குறிப்பாக குழந்தைகளில் அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. கேட்புக் குழல் வழியாக செவிப்பறைப் படலம் பாதிக்கப்படுவதால் (தீவிர மூக்கழற்சி அல்லது புழை அழற்சி அல்லது தீவிர தொற்றும் நோய்களில் இரத்தவழி பரவுவதால்—இரத்தத்தின் மூலம் பரவிய தொற்று) நடுச் செவி அழற்சி தோன்றுகிறது. அபூர்வமான நிலைகளில், சேதமடைந்த செவிப்பறைப் படலத்தின் வழியாக தொற்று, நடுச்செவிக்குள் பரவுகிறது.

அறிகுறிகள். பொதுப்படையான உடல் நலக்குறைவு, மற்றும் அதிகரித்த உடல் வெப்பம், கேட்பதில் ஓரளவான மந்த நிலை, செவியில் மட்டும் இல்லாமல், மாஸ்டாய்டு புடைப்பிலும் வலி, தலைவலி ஆகியவை இந்த நோயில் தோன்றுகின்றன. செவியில் காணப்படும் ஊசி குத்து வலி தாங்க முடியாத படி இருப்பதால்,

அவசர அவசிய சிகிச்சை கோரி, ஒரு சிறந்த நிபுணரின் உதவியை நாட வேண்டியுள்ளது. கார்பால் கிளிசரின் சொட்டுக்களை ஐ சொட்டிடுதல் ஓரளவு செவிவலியைக் குறைக்கிறது. இது தவிர. அசிடைல் சலிசிலிக் அமிலம், அமிடோபைரின், எதிர் உயிர் மருந்து கள் ஆகியவற்றையும் பயன்படுத்தலாம்.

எடுக்க: *கார்பாலிக் அமிலம் 0.3—0.5.*

கிளிசரைன் 10.0

தினமும் 3 தடவைகள், 6—8 சொட்டுக்கள் வெப்பக் கரைய மாக செவியினுட் செலுத்த வேண்டும். 10 நிமிடங்களுக்கு

செவியிலிருந்து வெளிப்பாடு தோன்றினால், சொட்டிடுதலை நிறுத்தி விட வேண்டும். ஏனெனில் ஈரமான சீழ் கொண்ட சூழ்நிலை யில், கார்பாலிக் அமிலம் சருமம், மற்றும் செவிப்பறைப்படலத்தை அரித்து விடலாம். செவியிலிருந்து வெளிப்பாடைக் கண்டவுடனேயே செவிலியர், பார்பால்கிளிசரைன் சொட்டுக்கள் இடுவதை, நிறுத்தி விட வேண்டும். தேவையிருந்தால், மயக்க மருந்துகளும், தூக்க மருந்துகளும் தரப்படலாம். இரண்டு, மூன்று நாட்களில் முன்னேற் றம் எதுவும் காணப்படாவிடில், அறிகுறிகள் மட்டுப்படாவிடில் உடல் வெப்பம் மிகையாகவே இருந்தால், துளையிடல் (செவிப்ப றைப்படலத்தை துளையிடல்) முறையைக் கையாளுவதன் மூலம் சீழ் வெளிப்படுவதுடன், சிக்கல்கள் உண்டாவதும் தவிர்க்கப்படு கின்றன. எல்லா வகையான நடுச்செவி அழற்சிகளிலும் இரத்த நாள சுருக்கி சொட்டு மருந்துகள் இடப்பட வேண்டும்.

தீவிர நடுச்செவி அழற்சியின் போது, நோயாளியை பரிமாரிப்பதில் செவிலியரின் பங்கு முக்கியமானது. நோயாளியின் பொது உடல் நலத் தைப்பேணல், (நோயாளி வசதியாக படுக்கையில் இருக்க வேண்டும்; அவனது உடல் வெப்ப நிலையைக் கணக்கிட வேண்டும்; குறித்த நேரத்தில் சரியான முறையில் அவனுக்கு உணவளிக்க வேண்டும்) மற்றும் டாக்டரின் அறிவுரைப்படியான செயல்முறைகளுக்கு ஏற்பாடு செய்தல் ஆகியவை செவிலியரின் கடமையாகும். 37—38° செ.—க்கு வெப்பமடைந்த தண்ணீரினுள், உடல் வெப்ப அளவுக்கு சூடாக்கப்பட்ட காது சொட்டு மருந்துகள் கொண்ட பிளாஸ்கை வைக்க வேண்டும். காதில் வெளிப்பாடு தோன்றியவுடன், கார்பால் கிளிசரைன் சொட்டுக்கள் தவிர்க்கப்பட வேண்டும். உட்சொட்டி டாமல், செவியை உலர் முறை மூலம் சுத்தம் செய்ய வேண்டும். குறுகலான விட்டமுள்ள வலைத்துணி கொண்டு சுத்தம் செய்ய வேண்டும். 0.5% துத்த நாக சல்பேட் சொட்டுகளையோ அல்லது ஹைட்ரஜன் பெராக்சைடையோ சுத்தம் செய்யப்பட்ட செவித் துளையினுள் செலுத்த வேண்டும்.

எடுக்க: *துத்தநாக சல்பேட் கரையம் 1% 10.0*
வெப்பமான 8 சொட்டுகள்,
தினமும் செவியினுள் 2—3 தடவைகள் இட வேண்டும்

நடுச்செவியின் நாடபட்ட சீழ் கொண்ட அழற்சி

போதுமான அளவிலும், சரியாகவும் சிகிச்சை செய்யப்படாத நடுச்செவியின் தீவிர அழற்சி, நாட்பட்ட வகையாக மாறலாம். (சளி கொண்ட நாட்பட்ட நடுச்செவி அழற்சி) மூக்குக் குழிவினுள்ள நாட்பட்ட அழற்சி நிகழ்வுகளும் (நாட்பட்ட மூக்கழற்சியும், புழை அழற்சியும்) மூக்கு மேற்தொண்டையின் நிகழ்வுகளும் (நாட்பட்ட அடினாய்டு அழற்சி) இதற்கு துணை புரிகின்றன. நோய் போக்கின் படி, நாட்பட்ட சளி கொண்ட நடுச்செவி அழற்சியின் இரண்டு வகைகள் பிரிக்கப்படுகின்றன. செவி அழற்சி, செவிப்பறைப் படலத்தின் நடுத்துளையுடன் கூடியது, (செவிப்பறை நடு அழற்சி), செவிப் பறைப் படலத்தின் விளிம்பில் துளையுடன் கூடிய செவி அழற்சி (செவிப்பறைவிளிம்பு அழற்சி). செவிப்பறையின் விளிம்பு அழற்சியில், அழற்சி நிகழ்வுகளில், நடுச்செவியின் எலும்புச் சுவர்கள் பாதிக் கப்படுகின்றன.

அறிகுறிகள். *நடுச்செவியின் நாட்பட்ட சீழ் கொண்ட அழற்சியில் கீழ்க்கண்டவை காணப் படுகின்றன: செவிப் பறைப் படலத்தின் நிரந்தரமான துளை; செவியிலிருந்து விட்டு விட்டோ இடைவிடாமலோ, சீழ் வெளிப்படல்; கேட்பது பெருமளவில் பாதிக்கப்பட்டுள்ளது. நடுச்செவியின் சிலேட்டுமப் படலம் பெருமளவில் பாதிக்கப் பட்டபோது, வெளிப்பாடு சீதச் சீழுடன், வாசனையற்று உள்ளது. எலும்புத்திசு பாதிக்கப்படுவதால் சிதைவு ஏற்படுகிறது. இந்த நிலையில் செவியிலிருந்து வெளிப்படுவது துர்நாற்றத்துடன் உள்ளது. இந்த வகை செவி அழற்சியில் பல்வேறு சிக்கல்கள் தோன்றலாம். முக நரம்பு செயலிழப்பு, எலும்பு சார்ந்த சீழ் நிலை, மூளையின் (சீழ்க்கட்டி).*

சிகிச்சை. *நாட்பட்ட சீழ் கொண்ட செவி அழற்சியைப் பராமரிப்பதில், பஞ்சு சுத்தப்பட்ட துழாவி கொண்டு செவியைச் சுத்தம் செய்தல், போரிக் கரையம் மற்றும் சலிசிலிக் அல்கஹால், ஃப்யூரசில்லின் (நைட்ரோஃப்யூரசான்) கரையம் ஆகியவற்றை உட்சொட்டிடல், போரிக் அமில அல்லது சல்பனிலமைடு பவுடரை செவியினுட் தூவல் ஆகியவை அடங்கும். வாரத்தில் ஒன்றிரண்டு தடவை சகஜமான உப்புக் கரைசலை செவியினுட் பாய்ச்சுதல் செவி பறைப் படலத்தின் துளைகளுக்கு நல்ல பலனளிக்கும்.*

எடுக்க: போரிக் அமிலம் 0.8
ஹைட்ரஜன் பெராக்சைடு 10.0
ஈதைல் ஸ்பிரிட் 10.0
தினமும் 3 தடவைகள் காதினுள் 8 சொட்டுகள் இட வேண்டும்

எடுக்க: போரிக் அமிலம் 0.3
ஈதல்ஸ் பிரிட் 70%—10.0
தினமும் மூன்று தடவை செவியினுள் 8 சொட்டுகள் இடவும்

எடுக்க: ஈதைல் ஸ்பிரிட்டில் ஃப்யூரசில்லின் 1:1500, 20.0.
தினமும் மூன்று தடவைகள் செவியினுள் 8 சொட்டுகள் இடுதல்
எடுக்க: சலிசிலிக் அமிலம் 0.2
ஈதைல் ஸ்பிரிட் 20.0
தினமும் 15—20 நிமிடங்களுக்கு 3 தடவைகள் 8 சொட்டுகள் செவியினுள் இடவும்

உருவாக்கக்கூடிய தொங்கு வளர்ச்சிகள், மணல் கழலைகள் ஆகியவை அகற்றப்பட வேண்டும், அல்லது 10—30% வெள்ளி நைட்ரேட் கரையம் கொண்டு, ஒரு டாக்டரால், பொசுக்கப்பட வேண்டும். செவிப்பறைப் படலத்தின் விளிம்புத்துளையில், விளிம்புப்பின்னிடத்தினுள், ஒரு சிறப்புக்குழல் கொண்டு, 3% போரிக் ஆல்கஹால் கொண்டு நீர் பாய்ச்ச வேண்டும். இத்தகைய சிகிச்சை எதிர் பார்த்த விளைவை அளிக்காவிடில், நோய் பாதகமான போக்கைப் பின்பற்றினால், அறுவை சிகிச்சை மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும்.

செவி ஆபரேஷன்களுக்குப் பிறகான நோயாளிகளின் கண்காணிப்பு

அறுவைக்குப்பின்னான 24 மணி நேரங்களுக்கு நோயாளிகளின் பராமரிப்பு, உணர்வகற்ற கையாளப்பட்ட முறையைப் பொறுத்து பெரும்பாலும் இருக்கிறது, பொது உணர்வகற்றும் முறை கொண்டு அறுவை செய்யப்பட்டால், நோயாளியை மிகவும் கவனமாக—குறிப்பாக மூச்சுவிடல், நாடித் துடிப்பு, இரத்த அழுத்தம், சிறுநீர் பிரிவு—கண்காணிக்க வேண்டும். ஏதாவது கோளாறு ஆழமற்ற துரிதமான மூச்சு, பலவீனமான நாடித்துடிப்பு, குறைவான இரத்த அழுத்தம் தோன்றினால், செவிலியர் உடனடியாக டாக்டருக்கு அறிவிக்க வேண்டும்.

அறுவை அரங்கத்திலிருந்து, நோயாளியை சக்கர நாற்காலியில் வைத்து கொண்டு வரப்பட்டு திண்டுகள் போடப்பட்ட படுக்கையில் மல்லார்ந்து படுக்க வேண்டும். ஆபரேஷன் ஆன செவி மேற்புறமாக இருக்கும் முறையில், தலையைத் திருப்பி படுத்திருக்க வேண்டும்.

நரம்பு சார்ந்த முகவங்கள் கொண்டு தல உணர்வு நீக்க முறையைக் கையாண்டு அறுவை செய்யப்பட்ட நோயாளிகளையும் கவனமாகக் கண்காணிக்க வேண்டும். நோயாளியைப் படுக்கையில் உட்கார வைக்க கூடாது, ஏனெனில் நரம்பு சார்ந்த முகவங்கள் (பைபோல்ஃபன் குறிப்பாக அமைனசின்) நீண்ட நேரத்திற்கு இரத்த நாளவைக் கொண்டிருப்பதால், நோயாளி நிமிர்ந்து செங்குத்தாக உட்கார்ந்திருந்தால், அவன் உணர்விழக்க நேரிடும். மிகையாக வெப்பமடைவதையும், திரவ இழப்பு நேர்வதையும் தவிர்க்க, நோயாளிகளை முழுமையாக மூடி வெப்பமடையச் செய்யக்கூடாது. கூடத்திற்கு நல்ல காற்று மிகவும் அவசியம்.

பின்னர், உணர்வு அகற்று முறை எந்த வகையாக இருந்தாலும் சரி, நோயாளியின் உணவையும், மலங்கழிப்பையும் சிறுநீர் பிரிவதையும் கண்காணிப்பது வெகு அவசியம். உட்கபாலச் சிக்கல்கள் கொண்ட நோயாளிகளைப் பொறுத்தமட்டில் மேற்கூறியது மிகவும் அவசியமாகும்.

அறுவை முறையைப் பொறுத்து, பொட்டெலும்பு அறுவையின் போதான, வழக்கத்திற்கு மாறான நிகழ்வுகளைப் பொருத்து, நோயாளிகளின் மீதான கவனிப்பு அமைகிறது, செவிலியர் மிகவும் கவனமாக இருந்து, தலைச் சுற்றல் மற்றும் குமட்டல், வாந்தி, முக நரம்புப் பணிக் கோளாறு ஆகியவை தோன்றினால், உடனடியாக டாக்டருக்குத் தெரிவிக்க வேண்டும். அறுவைக்குப் பின் போடப்பட்ட துணிக்கட்டுகள் இரத்தத்தில் தோய்ந்திருந்தால், டாக்டருக்கு உடனடியாகத் தெரிவிக்க வேண்டும். ஏனெனில், அறுவைக்குப்பின்னான காயத்திலிருந்து இரத்தம் கசிவதை, மேற்கூறியது சுட்டிக் காட்டலாம்.

லேபிரின்த் மீதான அறுவை, மற்றும் செவிப்பறைப் படலத் தொகுப்பு, செவி மீதான அறுவை ஆகியவற்றின் போதான துணிக் கட்டுகள் இரத்தத்தால் தோய்ந்து போகும் போது, அதை மாற்றித் தான் ஆக வேண்டும். சுத்தமான கைகளுடன், தொற்றற்ற பொருள் கொண்டு, மேற்கூறியது செய்யப்பட வேண்டும், காயத்தின் மேல் போடப்பட்ட துணிக்கட்டை இறுக்கக்கட்டும் துணி, தொற்றற்று இருக்க வேண்டும் என்று அவசியமில்லை. பழைய கட்டை அகற்றும் போதும், புதியவை போடப்படும் போதும், பல்வகையான சாமணங்களைக் கையாள வேண்டும். ஒரு டாக்டரின் முன்னிலையில் கட்டுகள் மாற்றப்பட வேண்டும்.

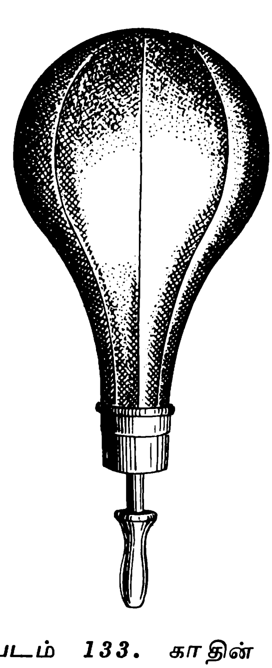
செவிப்பறைத் தொகுப்பு மற்றும் செவி மீதான ஆபரேஷன் ஆன நோயாளிக்கு, 7—8 நாட்களுக்குப் பிறகு, முதல் தடவையாக கட்டுகள் மாற்றப்படும் வரை, பூரண ஓய்வு அளிக்க வேண்டும். டாக்டர் குறிப்பிட்ட நேரத்தில் எதிர் உயிர் மருந்துகள் ஊசியாக போடப்படுகின்றன.

யூஸ்டேஷியன் குழல் மற்றும் நடுச்செவி ஆகியவற்றின் தீவிர, நாட்பட்ட நீர்க்கோப்பு

மூக்கு மற்றும் மூக்குமேற்தொண்டை ஆகியவற்றின் பல்வேறு நோய்களால் (தீவிர மற்றும் நாட்பட்ட மூக்கழற்சி, அடினாய்டு வளர்ச்சி, மூக்கின் தொங்கு வளர்ச்சிகள் முதலியன) நடுச்செவியின் தீவிர மற்றும் நாட்பட்ட நீர்கோப்பு உண்டாகிறது. இத்தகைய கேசுகளில் தோன்றும் அழற்சி, யூஸ்டேஷியன் குழலுக்குட் பரவி, அதன் சுருக்கத்தை உண்டாக்குகிறது. நடுச்செவியின் சகஜமான காற்றோட்டம் தடைபடுவதால், செவிப்பறைப் படலம் பின்னிழுக் கப்படுகிறது. குழலின் நாட்பட்ட அடைப்பின்போது இணைப்புத் திசு படலம் பின்னிழுக்கப்படுகிறது. குழலின் நாட்பட்ட அடைப் பின்போது இணைப்புத்திசு இழைகள் உண்டாகின்றன. செவிச்சிற் றெலும்புகளின் சங்கிலித் தொடருடன், பின்னிழுக்கப்பட்ட செவிப் பறைப் படலமும் அசைவற்று உள்ளது. இதன் விளைவாக கேட் பது, படிப்படியாகவும், துரிதமாகவும் பாதிக்கப்படுகிறது. செவி யில் இரைச்சலும் கேட்கிறது, இதை, நடுச் செவியின் ஒட்டக்கூடிய நீர்கோப்பு என்கின்றனர்.

முதலில் சிகிச்சையும், மூக்கு மற்றும் மூக்கு-மேற்தொண்டையின்முதல்தர வியாதியை அகற்றுவதும், நடுச்செவியின் மேற்கூறிய வியாதியின் சிகிச்சையில் அடங்கும். பாலிட் சரின் முறைப்படி, செவிக்குள்பவுடர் உட்தூ வல் மற்றும்மொரு சிகிச்சை முறையாகும். இதன்மூலம் செவிப்பறைப் படலம் மற்றும் செவிச் சிற்றெலும்புகளின்சங்கிலித்தொடர் ஆகியவை சகஜமான அசைவைப் பெறுகின் றன.

ஒரு ரப்பர் குழாயால் ஒரு ஆலிவ் இணைக் கப்பட்ட 200—300மி.லி. கொள்ளளவு கொண்ட ரப்பர் பலூனின் உதவியால், செ வியினுள் காற்று, ஊதப்படுகிறது. (படம் 133) மூக்கின் ஒரு துளையைமூடி விட்டு, மற்ற துளையின் வழியாக ஆலிவ், இணைக்கப் படுகிறது. நோயாளி, வாயில் உள்ள தண் ணீரை ஒன்று, இரண்டு மூன்று என்று எண்ணு வதற்குள் விழுங்குகிறான். அந்தக் கணத்தில் பலூன் அமுக்கப்படுகிறது. ஒரு சிறப்பு ஒலியு டன் காற்று, யூஸ்டேஷியன் குழலினுட்செல்கி றது.



படம் 133. காதின் உட்தூவலுக்கான போலிட்சரின் பை

ஒருவன் தண்ணீரை விழுங்கும் போதோ அல்லது 1,2,3 என்று உச்சரிக்கும்போதோ உள் நாக்கு மேல் நோக்கி நகருகிறது. இதனால் வாய்-மேற் தொண்டையிலிருந்து, மூக்கு மேற்தொண்டை முழுமை யாகப் பிரிக்கப்படுகிறது. இந்தத் தத்துவத்தின் அடிப்படையிலேயே காற்று உட்தூவல் முறை செய்யப்படுகிறது. அந்தக் கணத்தில், பலூன் அமுக்கப்பட்டால், மூக்குக் குழலினுள் காற்று தேக்கமடை கிறது. காற்று இரண்டு யூஸ்டேசியன் குழல்களுக்குள்ளும் செல் கிறது.

செவிக்கான காயங்கள்

செவியைச் சுத்தம் செய்ய ரோம ஊசியையோ, தீக்குச்சியையோ உபயோகப்படுத்துதல்; ஒரு அயற்பொருளை அகற்ற முயன்று தவறு தல் காதின் மீதான அடி, வளிமண்டல அழுத்தத்தில் ஏற்படும் தீவிர ஏற்றத் தாழ்வுகள் (குண்டு வெடிப்பது, சுரங்கத்தில் தீ விபத்து, திடீரென்று மேலே செல்லும் கீழே இறங்கும் விமானத்தின் அசைவு கள், தண்ணீருக்கடியில் பணிபுரியும் போது தோன்றும் ஆகாய அழுத்தக்குறைவு) ஆகியவற்றால் செவிப்பறைப்படலம் சேதமடை யாம். கபாலத்தின் அடித்தள நொறுங்கலின் போதும் படலம் கிழிந்து படலாம்.

அறிகுறிகளும், போக்கும். செவிப் பறைப்படலம் கிழியும்போதோ, துளைபடும்போதோ, காயம் ஏற்பட்டவுடன் கடுமையான வலி தோன்றுகிறது. செவித் துளையினுள் இரத்தப்பெருக்கு, காதில் இரைச்சல், கேட்பது ஓரளவாக மட்டமடைதல், தலைச்சுற்றல், குமட்டல், வாந்தி ஆகியவை தோன்றுகின்றன. படலத்தின் துளை யுடன், இரத்தக்கசிவுப் பகுதிகளில் குருதித் திரட்சி கொண்ட விளிம் புகள் காணப்படுகின்றன. படலத்தில் துளை விழுந்தால், செவிப் பறைக் குழிவினுள் கிருமி பாதிப்பு நிகழ்ந்து, சீழ்கொண்ட நடுச் செவி அழற்சி தோன்றி, உட்கபாலப்பாதிப்பு போன்ற சிக்கல்கள் தோன்றலாம்.

சிகிச்சை. காயம்பட்ட ஒரு சில நாட்களில், செவியினுள் நீர் பாய்ச்சுதல், உட் சொட்டிடல், செவித்துளையைச் சுத்தம் செய்தல் ஆகியவை அறவே தவிர்க்கப்படுகின்றன. செவிக்கு தொற்றற்ற கட்டைப்போடுவதுதான் முதல் உதவியாகும். ஒரு சிறப்பு நிபுணரின் பார்வையின் கீழ் இருக்க வேண்டும்.

கீழே விழும்போது தலையில் ஏற்படும் ஊமைக்காயமும், துப் பாக்கிக்குண்டுக் காயங்களும், நடு மற்றும் உட்செவியைப் பாதிக் கின்றன. பல கேசுகளில் இத்துடனேயே கபாலக் குழிவு, மற்றும் பிரதான இரத்த நாளங்கள், மூளை ஆகியவற்றின் காயங்களும் காணப்படுகின்றன. அறுவையின் பொதுப்படையான நியதிகளின் படி முதலுதவி கொடுக்கப்படுகின்றது: செவிக்கு தொற்றற்ற துணிக் கட்டுபோடப்பட்டு, இரத்தப்பெருக்கு தடை செய்யப்படுகிறது. சிறப்பு நிபுணர் ஒருவர் சிகிச்சை அளிக்கிறார்.

4
கண்களின் நோய்கள்

அறிமுகம்

கண் நோய்களைப் பற்றி விளக்கம் தரும் பிரிவையே ஆப்தல் மாலஜி (கண் இயல்) என்கிறோம்.

பார்வை உறுப்பு, அதன் பார்வைப்பண்புகள், நோய் நிலையின் போதும், சகஜ நிலையின் போதும், அவற்றின் பணிகள், அவற்றின் உடற்கூறு இயல், உடல் இயங்கு இயல் ஆகியவை கண் இயலில் அடங்கும்.

பார்வை உறுப்பான பார்வை பகுப்பிதான், உலகைத் தெரிந்து கொள்வதில் மிக முக்கியத்துவம் வாய்ந்தது. பணியின் போது பார்ப்பது, அன்றாட வாழ்க்கையில் பார்ப்பது, படிப்பது, எழுது வது, மக்களுடன் பழகுவது ஆகிய அனைத்திற்கும் பார்வைதான் மிகவும் முக்கியமானது. பார்வை உறுப்பைப் பாதிக்கும் நோய்கள், இதன் விளைவாக பணிசெய்யும் திறன் பாதிக்கப்படுவது, பார்வை யின்மையால் ஒருவனின் பணிதிறனுக்கு குந்தகம் நேர்வது, ஓரள வாகவோ அல்லது முழுமையாகவோ செயலற்றுப் போவது, ஆகிய வை கவனிக்கத் தக்கதாகும்.

உயிரினத்தின் முக்கியமான உறுப்பு பார்வை உறுப்பாகும். இத னால், பல வியாதிகளின் விளைவுகளில் பங்கு கொள்கிறது. அவை யாவன: தீவிர மற்றும் நாட்பட்ட தொற்றும் நோய்கள், (மணல் வாரி, டிப்தீரியா, நிலோனியா, வைரஸ் நோய் பாதிப்புகள், முடக்கு வாதம், காசநோய், டாக்சோபிளாஸ்மோசிஸ், மேகநோய்,மலேரியா புரூசெல்லோசிஸ் இன்னபிற) இரத்தத்தின் மற்றும் சிறுநீரக நோய் கள், இரத்தமிகை அழுத்த நோய், கட்டிகள், மூளையின் அழற்சி நோய்கள், நீரிழவு நோய், கர்ப்ப கால நச்சு நோய் இன்னபிற. ஆகவே கண்ணில் தோன்றும் நோய் அறிகுறிகள், உயிரினத்தின் பொதுப் படையான நோய்களை நிர்ணயிக்க உதவுகிறது. கண் நோய்கள் தோன்றுவதும், பரவுவதும் கீழ்க்கண்டவைகளால் ஊக்கு விக்கப்படுகின்றன: சமூக, பொதுச்சுகாதார அம்சங்கள், மக்களின் கீழ்தரமான பொதுவான சுகாதார கலாச்சாரம், திறமையற்ற மருத் துவ வசதிகள், சிறப்பான மருத்துவ உதவி இல்லாமை, போஷாக் கற்ற உணவு, பாதகமான தொழில் வழி அம்சங்கள். இதையெல் லாம் கணக்கில் கொண்டால், ஜாரின் ரஷ்யாவில் குருடர்களும்,

கண்நோயாளிகளும் பலர் இருந்தனர். மகத்தான அக்டோபர் சோஷலிஸ்ட் புரட்சிக்குப் பின்னர், ஏற்பட்ட புரட்சிகரமான மாற்றங்களைத் தொடர்ந்து நாட்டின் பொருளாதாரம் உயர்ந்தது. பொதுவான சுகாதாரக்கலாசார நிலை உயர்ந்தது. நோய்த்தடுப்புகள் மற்றும் தொற்று நோயாளிகளைக் கண்டுபிடித்து, சிகிச்சைஅளித்து நோய்களை அறவே அகற்றும் மருத்துவத் திட்டமிட்ட கொள்கையின்விளைவால் கண் நோய்களும் பார்வை இழப்பும் வெகுவாகக் குறைந்தது.

பெரியம்மை மற்றும் மணல் வாரி, டிப்தீரியா, கோனோபிளனோரியா, டிரகோமா போன்ற நோய்களால் பார்வை இழப்பது, அறவே இல்லாமல் ஒழிந்தது, சோவியத் பொதுச் சுகாதாரத்தின் வெற்றியைச் சுட்டிக் காட்டுகிறது. பார்வை இழப்புக்கு பிரதான காரணமான டிரகோமா நோய், ஒரு சில முதியோர்களிடமே காணப்படுகிறது. அவர்களும் குழந்தைப் பருவத்தில் டிரகோமாவால் பாதிக்கப்பட்டு சிகிச்சை எடுக்காமல் இருந்திருக்கலாம். உற்பத்தி நிலையங்களில், கண்களில் காயம் ஏற்படுவது மிகவும் குறைந்துள்ளது, கீழ்க்கண்ட நோயாளிகளை உடனடியாகக் கண்டுபிடித்து சிகிச்சையும், தடுப்பு முறைகளும் அளிக்க ஆவன செய்யப்பட்டு வருகின்றன: கிளாகோமா நோயாளிகள், மிகவும் சிக்கல்கொண்ட கிட்டப்பார்வை நோயாளிகள், கண்புரை, காசநோய் கொண்ட நோயாளிகள், ஒளிவிலப்பு விகாரங்களால் பார்வைக் குறைவு கொண்டு குழந்தைகள், பிறவிக்கண்நோய் மற்றும் மாறுகண் கொண்ட குழந்தைகள்.

பொது உடல் நல வியாதிகளுக்கு, குறிப்பாக தொற்றும் நோய்களுக்கும், கண்நோய்கள் தோன்றுவதற்கும் உள்ள முக்கியத்துவத்தைத் தெரிந்து கொண்டால், எல்லா மருத்துவ மனைகளிலும் தடுப்பு முறைகள் மேற்கொள்ளப்படுவதால், கண்நோய்கள் தடுக்கப்படுகின்றன என்பதைத் தெரிந்துகொள்ளலாம். ஆகவே, கண்நோய்கள் பற்றிய சரியான கணிப்பு, அவற்றைத் தடுக்கும் முறைகள், பார்வை இழப்பிற்கான சிகிச்சையும், பார்வை இழப்பைத் தடுக்கும் முறைகள் ஆகியவற்றை டாக்டரின் உதவியாளர்களும், செவிலியர்களும் தெரிந்திருக்க வேண்டும். கண்நோய்களை துவக்கத்திலேயே கண்டுபிடித்து விடுவது மிகவும் முக்கியமாகும். உடனடியாக திறமையான முதலுதவி அளிக்கப்பட வேண்டும். சிறப்பு நிபுணர்களிடம் உடனடியாக நோயாளிகள் அனுப்பி வைக்கப்பட வேண்டும். பின்னர் சிறப்பு டாக்டர்களின் பரிந்துரைப்புகள் ஆர்வத் துடன் பின்பற்றப்பட வேண்டும். தீவிரமான பொதுச் சுகாதார நெறிமுறைகள், மக்களிடையே பரப்பப்பட வேண்டும்.

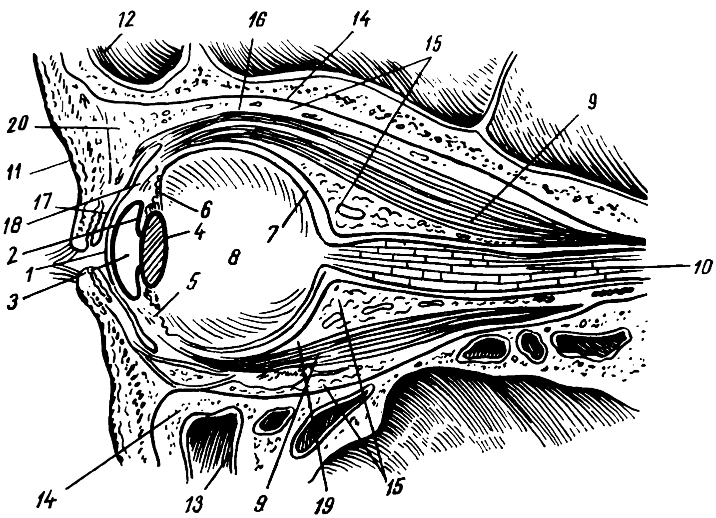
அனைத்து மருத்துவ ஊழியர்களின் முதன்மையான அடிப்படைப்பணி என்னவெனில் கிளாகோமா நோயாளிகளை துவக்கத்திலேயே கண்டுபிடித்து சிகிச்சை அளித்தல், கண்களில் படும் காயங்

களைத் தவிர்த்தலும், சிகிச்சை அளித்தலும், ஒளி விலக்கல் கோளா றுகளால் அவதியுறும் குழந்தைகளைக் கண்டுபிடித்து சிகிச்சை அளித்தல், மாறுகண் நோயாளிகளை உரிய காலத்தில் கண்டுபி டித்து சிகிச்சை அளித்தல், டிரகோமாவை அடியோடு ஒழித்துத் தடுத் தல்.

பார்வை உறுப்பின் உடற்கூறு மற்றும் உடல் இயங்கியல் பற்றிய விபரங்கள்

பார்வை உறுப்பின் உடற்கூறு இயல்

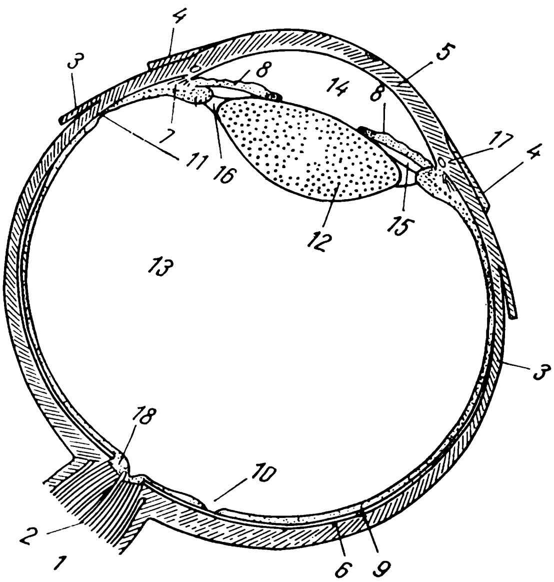
பார்வை உறுப்பின் 3 பகுதிகளாவன: 1) கண் கோளம்; 2) கண் ணை, மூளை மற்றும் புறணி அடி, புறணி மையங்கள் ஆகியவற்று டன், இணைக்கும் நரம்புப் பாதைகள்; 3) உபரி அல்லது பாதுகாப்பு உறுப்புக்கள் (கண்குழி, கண் இமைகள், சிலேட்டுமப் படலம், கண் ணீர் உறுப்புக்கள்) (படம் 134)



படம் 134. கண் குழிவு; அதன் அடக்கங்களின் செங்குத்து வெட்டுத் தோற்றம்

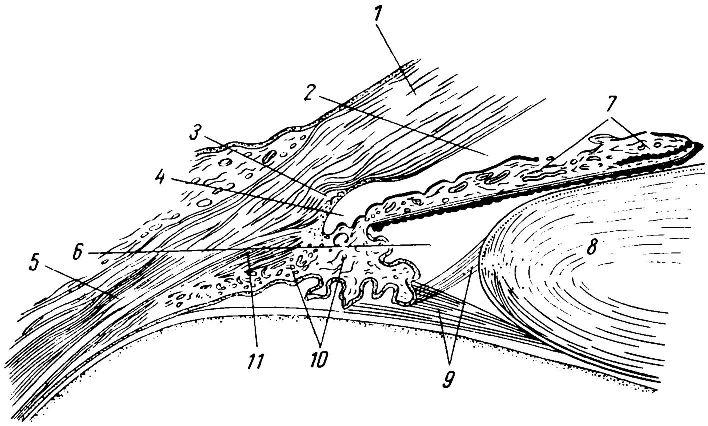
1. விழி பளிங்கு படலம்; 2. கருவிழிப் படலம்; 3. முன்னறை; 4. பளிங்கு வில்லை; 5,6. சிலியரி அங்கம்; 7. விழி வெண்படலம்; 8. விட்ரியஸ் அங்கம்; 9. தசைகள்; 10. பார்வை நரம்பு; 11. கண் இமைகள்; 12, 13. மூக்குபக்க புழைகள்; 14. கண்குழி எலும்பு களும் திசுத்தகடும்; 15. கொழுப்பு செல்திடு; 16. கண் இமை மேலிழு தசை; 17. கண் இமையின் சிலேட்டுமம்; 18. கண்கோள சிலேட்டு மம்; 19. டீனானின் திசுத்தகடு; 20. டார்ச—கண்குழிதிசுத் தகடு

கண்கோளம். உருண்டை வடிவமாக இருந்தபோதிலும், முன்புற மாக மிகையாக குவிந்து உள்ளது. அதற்கு மூன்று உறைகளும், அடக் கங்களும் உள்ளன. (படம் 135) வெளி உறையில் **விழி வெண்படலமும்**



படம் 135. கண்கோளத்தின் கிடைமட்ட வெட்டுப் பகுதி
1. பார்வை நரம்பு; 2. பார்வை நரம்பில் இரத்த நாளங்கள்; 3. விழி வெண்படலம்; 4. விழி வெண்படல கண் இமைச் சவ்வு; 5. விழி பளிங்குப் படலம்; 6. கோராய்டு; 7. சிலியரி அங்கம்; 8. கருவிழிப்பட லம்; 9. விழித்திரை; 10. விழித்திரையின் மையப் பள்ளம்; 11. சிலியரி துருத்தம்; 12. வில்லை; 13. விட்ரியஸ் அங்கம்; 14. முன் கண்ணறை; 15. பின் கண் அறை; 16. தாங்குப் பந்தகம் அல்லது சின்னின் பகுதி; 17. லிம்பஸ்; 18. லேமினர் கிரிப்ரோசா (நுண் தகடு)

விழிபளிங்குப்படலமும் அடங்கும். முன்னது பருமனாக வெண்மை யாக, ஒழிபுகாதது. பின்னது ஒளிபுகக்கூடிய, முன்பான குவிந்தபாக மாகும். **விழி பளிங்குப்படலத்தின் உறை** ஒளிபுகும் தன்மையுடையது. கண்ணாடி போன்று ஜொலிக்கக்கூடியது. இரத்த நாளங்கள் எதுவும் இல்லை. கூருணர்வு கொண்டது. ஒளிக் கதிர்களை கண் கோளத் திற்கு அனுப்பி, அவற்றை ஒளிவிலக்கச் செய்து, மற்றவற்றை பிரதி பலிக்கிறது. விழிபளிங்குப்படலமும், விழி வெண்படலமும் சேரும் இடத்தை **லிம்பஸ்** என்கிறோம். கண் குழிவினுள் முன் கண்ணறை யின் வெளிச்சுவரின் கோணம், லிம்பசுக்கு இணையாக உள்ளது. இந்தக் கோணத்தில் காணப்படும் சிரை சைனசை, ஷ்லெம்மின்



படம் 136. முன்கண் அறைக் கோணத்தின் குறுக்கப் பகுதி
1. விழி பளிங்குப்படலம்; 2. முன் கண் அறை; 3. ஷ்லெம்மின் வாய்க்கால்; 4. முன்கண்அறைக்கோணம்; 5. விழி வெண்படலம்; 6. பின் கண் அறை; 7. கருவிழிப்படலம்; 8. வில்லை; 9. தாங்கு பந்தகம் அல்லது சின்னின் பகுதி; 10,11. சிலியரி அங்கம்

வாய்க்கால் என்கிறோம். (படம் 136) கண்ணிலிருந்து கண் கோள உட்திரவம் வெளியேற பிரதான கால்வாயாக பயன்படுகிறது. கருவிழிப்படலத்தின் பரப்பும், சிலியரி அங்கமும் இணைந்து முன் கண்ணறை உட்சுவரின் கோணமாகிறது. கண்ணின் பின் துருவத்தில் விழிவெண்படலம் மெல்லியதாகி, கிரிப்ரோசா நுண் தகடாகிறது. இதிலுள்ள நுண் துளைகள் வழியாக, பார்வை நரம்பை உருவாக்கும் நரம்பு இழைகள் கண்குழிவினுட்செல்கின்றன. தமனிகள் விழி வெண் படலத்தைத் துளைத்து, கண்ணின், ஊவியல் பாதையை அடைகிறது. சிரைகளும் இது போன்றே வெளிச்செல்கின்றன. (ஊவியா என்றால் லத்தின் மொழியில் திராட்சை என்று பொருள். ஊவியா கண்ணின் மத்திய உறையாகப் பணி புரிந்து, கோராய்டு, சிலியரி அங்கம், கருவிழிப்படலம் எனப் பிரிக்கப்படுகிறது. மொ-ர்.)

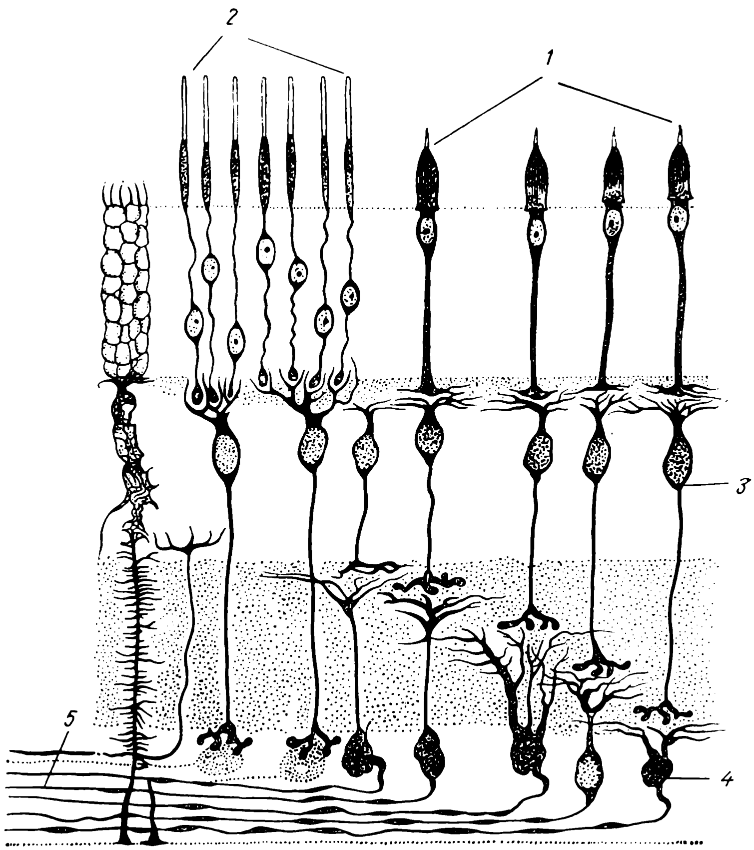
ஊவியல் பாதையின் பெரும் பகுதியில் இரத்த நாளங்களின் திரட்சி காணப்படுகிறது. விழிவெண்படலத்தின் உள்ளே அமைந்திருக்கிறது. அது மூன்று பாகங்களாகப் பிரிக்கப்பட்டுள்ளது: கருவிழிப்படலம், சிலியரி அங்கம், கோராய்டு (விழியடிக்கரும்படலம்) எனப்படும் இரத்த நாளப்படலம். (படங்கள் 135, 136) விழித்திரையின் வழியாக கருவிழிப் படலம் தெரிகிறது, இது **முன்கண் அறையை** *(விழித்திரைக்கும், கருவிழிப்படலத்திற்கு வில்லைக் குமிடையிலான பாகம்), பின்கண் அறையிலிருந்து, (கருவிழிப் படலத்*

திற்கும் (கருவிழிப்படலத்திற்கும் வில்லைக்குமிடையிலான பாகம்) பிரிக்கிறது. கருவிழிப்படலத்தின் மையத்தில் கண்பாவை எனப்படும் துளை காணப்படுகிறது. வட்ட தசைகளின் சுருக்கத்தால் இது சுருங்குகிறது. ஆரவளைவுத் தசைகளால் கண்பாவை விரிகிறது. கண்பாவையின் அளவில் ஏற்படும் மாற்றங்கள் மூலம், கண்ணுட் செல்லும் வெளிச்சம் கட்டுப்படுத்தப்படுகிறது.

பின் கண் அறையிலிருந்து, கண்பாவை வழியாக அக்குவஸ் திரவம் முன்கண் அறைகளுக்குச் செல்கிறது. அதிலுள்ள நிறமிகளைப் பொறுத்து இருக்கும் கருவிழிப்படலத்தின் நிறம். கண்ணின் நிறத்தை நிர்ணயிக்கிறது. லிம்பஸ் பகுதிக்கு இணையான பகுதியிலுள்ள **சிலியரி அங்கத்துடன்** கருவிழிப்படலம், தொடர்ந்து இருக்கிறது. சிலியரி அங்கம் ஒரு மோதிரம் போன்று உள்ளது. அதன் நீள் மட்ட குறுக்கு வெட்டு, விழி வெண் படலத்தின் அருகில், முக்கோண வடிவில் உள்ளது. சிலியரி அங்கம், கண் கோள உட்திரவத்தை வெளியேற்றுகிறது. அதில் சிலியரித் தசைக் காணப்படுகிறது. இது,சின்னின் பந்தகங்களால் (பினையம்) வில்லையின் உறையுடன் இணைக்கப்பட்டுள்ளது. வில்லையுடன் சேர்ந்து, தக அமைப்புப் பணி நடைபெறுகிறது. (பின் வரும் பக்கங்களில் காண்க) விழித்திரையின் வெளி உறைகளுக்கு, **கோராய்டு** இரத்த வினியோகம் செய்கிறது. பார்வைக்கு மிக அவசியமான நிகழ்வுகள் இடைவிடாது நடைபெறும், நிறமி எபிதீலியத்திற்கும் இரத்த வினியோகம் செய்யப்படுகிறது, மேலும் இரத்த நாளச் சுவரில் நரம்பு கிரகிப்பிகள் இருப்பதால், கோராய்டு, கண்கோள உள்ளுழுத்தத்தைக் கட்டுப்படுத்துவதில் பங்கு பெறுகிறது. (பின்வரும் பக்கங்களில் காண்க).

கண்ணின் உள்ளுறையான **விழித்திரை** கோராய்டை, சிலியரி அங்கம் வரை போர்த்துகிறது. இந்த மிக மெல்லிய ஒளி ஊடுருவும் படலத்தில், மூன்று நியூரான்களாலான பத்து மடிப்புகள் காணப்படுகின்றன. அவை ஒன்றுடன் ஒன்று இணைந்துள்ள. (படம் 137)

நிறமி எபிதீலியமும் கம்புகள் மற்றும் கூம்புகளின் அடுக்கும் தான், விழித்திரையின் ஒளி உணர்வு பார்வை முதற்பொருளாக அமைந்து, பார்வை செல்களின் துருத்தங்களாக (முதல் நியூரான்) இருக்கின்றன. இங்கு, சிக்கலான ஒரு ஒளி இரசாயன நிகழ்வு மூலம் ஒளி உணர்வு நிகழ்கிறது. இரண்டாவது நியூரானும் (இரு துருவ செல்களின் மடிப்பு) மூன்றாவது நியூரானும் (நரம்புத்திரள் செல்களின் மடிப்பு) பார்வை நரம்புக்கு, நரம்புத் தூண்டலான ஒளி உறுத்தலைக் கடத்துகிறது. கூம்புகள், பொருட்களின் வடிவம், மற்றும் வண்ணம், பிரகாச ஒளி ஆகியவற்றை உணருகின்றன. கம்புகள், பொருட்களின் அசைவையும், பல்வீனமான ஒளியையும் உணர்கின்றன. விழித்திரையின் பின் துருவ மையத்தில் மஞ்சள் புள்ளி எனப்படும் மேகுலா லூடியா (மையப்பள்ளம்) காணப்படு



படம் 137. விழித்திரையின் வரைபடம்
1. கூம்புகள்; 2. கம்புகள்; 3. இருதுருவ செல்களின் அடுக்கு; 4. நரம்புத்திரள் செல்களின் அடுக்கு; 5. நரம்புத்திரள் செல்களின் இழைகள் இணைந்து பார்வை நரம்பாகிறது

கிறது. இந்தப் புள்ளியில் கூம்புகள் மட்டுமே உள்ளன. கண்ணின் முன் துருவத் திசையில் உள்ள விழித்திரையின் எஞ்சிய நீளத்தில், கூம்புகளின் எண்ணிக்கை படிப்படியாகக் குறையும் போது கம்புகளின் எண்ணிக்கை அதிகரிக்கிறது. **மத்திய பார்வை** எனப்படும் மிக நுண்ணிய, தெளிவான பார்வைக்கான இடம் மஞ்சள் புள்ளியாகும். விழித்திரையின் எஞ்சியுள்ள பகுதியில் காணப்படுவதை **வெளிப்புற அல்லது சுற்றியுள்ள பார்வை** என்கிறோம்.

விழித்திரையின் நரம்புத் திரள்களின் இழைகளால் உருவாவது தான் **பார்வை நரம்பாகும்**. கண்ணினுள் காணப்படும் இதன் பாகமான பார்வைத் தகடு அல்லது பாபில்லா, மஞ்சட் புள்ளியின்

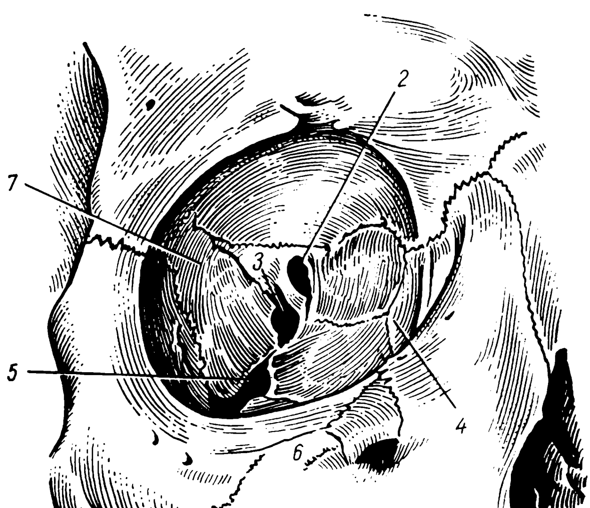
ஓரமாக அமைந்து, வெளிறிய இளஞ்சிவப்பு நிற முட்டை வடிவமாக இருக்கிறது. (வண்ணப்படம் X) பாபில்லாவின் மையத்திலிருந்து விழித்திரையின் மத்திய தமனிகளும், டிரைகளும் கிளைகளாக வெளி வருகின்றன. பார்வைத்தகட்டின் பகுதியில் ஒளி உணர்வு செல்கள் இல்லை. ஆதலால் இதை **குருட்டுப்புள்ளி** என்கிறோம். விழி வெண் படலத்தில் உள்ள லேமினா கிரிப்ரோசா வழியாக, பார்வை நரம்பு, கண் குழிவினுட் சென்று, அங்கிருந்து, எலும்பு கால்வாய் வழியாக கபாலக் குழிவினுட் செல்கிறது. வலது, இடது நரம்புகள் இரண்டும் செல்லாடர்சிகாவிற்குச் செல்கின்றன. அங்கு அவை கண்நரம்பு குறுக்கிடுகையாக மாறுகிறது. இதன் பின்னர், கார்பஸ் ஜெனிக லேடம் லேடர்லில் உள்ள புறணி அடி மையங்களுக்கு **பார்வை நரம்புப் பாதையாகச்** செல்கிறது. பின் மடலின் புறணியில் முடிகிறது. (புறணி மையங்கள்) இங்கு தான் நரம்புத் தூண்டல்கள் பார்வை உணர்வாக மாற்றப்படுகிறது.

முன் மற்றும் பின் கண் அறைகளை நிரப்பியுள்ள அக்குவஸ்திர வம், மற்றும் வில்லை, விட்ரியஸ் அங்கம் ஆகியவை கண்ணின் ஒளி புகும் தன்மையுள்ளவையாக அமைகின்றன. விழித் திரையுடன் சேர்ந்து அவை கண்ணின் ஒளிச்சிதர்வு ஊடகமாக இருக்கின்றன. ஏனெனில் கண்ணினூள் ஒளியை அனுமதித்து, ஒளி விலக்கம் செய்து, விழித்திரையின் மீது பதியச் செய்கின்றன. மிகச் சிறந்த சக்தி வாய்ந்த பார்வை ஊடகங்களாவன: விழித்திரையும், வில்லையும் மற்ற ஊடகங்கள், பலவீனமாகவே உள்ளன. எனினும் அவற்றின் ஒளிபுகும் தன்மை, நல்ல பார்வைக்கு, மிகவும் அவசியமாகும். கண் திசுக்களுக்கு, அக்குவஸ் திரவம் போஷாக்கு அளிக்கிறது. மற்ற ஊடகங்கள், பலவீனமாகவே உள்ளன. எனினும் அவற்றின் ஒளிபு கும் தன்மை, நல்ல பார்வைக்கு, மிகவும் அவசியமாகும். கண் திசுக் களுக்கு, அக்குவஸ் திரவம் போஷாக்கு அளிக்கிறது.

விட்ரியஸ் அங்கத்தின் பள்ளத்தில் கருவிழிப்படலத்தின் பின் பாக, **வில்லை** அமைக்கப்பட்டு உள்ளது. வில்லை, இருபுறமும் குவிந்த ஒரு அங்கமாகும். பாளம் பாளமாக ஒன்றுடன் ஒன்று இணைந்த, இடைவிடாது வளரும் இழைகளாலானது. இதனால் தான் மூப்படையும் போது வில்லையின் மத்தியில் ஒரு பருமனான நூக்ளியஸ் உருவாகிறது. வில்லை, ஒரு உறையால் மூடப்படுகிறது. இதில், தாங்கு பிணையம் அல்லது சின்னின் பகுதி பின்னக் கிடக்கிறது. தாங்கு பிணையம், வில்லையை சிலியரி அங்கத்துடன் இணைந்து தக அமைவில் பங்கு கொள்கிறது.

கண் கோளத்தின் அடிப்படைத்திசு தான் **விட்ரியஸ் அங்கமாகும்.** கண் கோளத்தின் நிரந்தரமான வடிவத்தையும், உட்கண் அழுத் தத்தை சரியான நிலையில் பேணுவதற்கான சாதக சூழ்நிலையை யும், அது, உண்டாக்குகிறது.

ஆர்பிட் எனப்படும் கண் குழிவு (படம் 138) கோபுர வடிவில் அமைந்த கண்குழிவின் உச்சி கபாலக் குழிவின் புறமாகவும், அதன் அடித்தளம் முன்புறமாகவும் அமைந்துள்ளது. அது ஏழு கபால எலும்புகளால் ஆனது: நெற்றி, கன்ன, மேற்தாடை, ஆப்பெலும் பின் மேல், கீழ் சிறகுகள், அண்ண மற்றும் மூக்கு, சல்லடை எலும் புகளின் துருத்தங்கள். கண் குழிவின் உச்சியிலுள்ள கால்வாய் வழியாக பார்வை நரம்பு கபாலக் குழிவுக்கும், உள் கரோடிட் தமனி யின் கிளையான கண் தமனி, கண் குழிவுக்கும் செல்கிறது. முன்கூறிய துளையின் அருகிலுள்ள மற்றொரு துவாரம் வழியாக, மேற்புற கண்குழிவு பிளவு வழியாக கண் தசை இயக்க நரம்பு மற்றும் உருளை (கப்பி) நரம்பு, அப்ட்யூசன்ஸ் எனப்படும் நடுவிலகிய நரம்பு ஆகிய வை, கண்ணின் வெளித்தசைகளுக்குச் சென்று அவற்றிற்கு நரம் பூட்டம் அளிக்கின்றன. முப்பிரிவு நரம்பின் கண்கிளை இதனுடன் செல்லும்போது, கண் சிரை கபாலக்குழிவினுட் செல்கிறது. இச் சிரை, கண்ணிலிருந்தும், அதன் உபரி உறுப்புக்களிலிருந்தும் இரத்



படம் 138. கண்குழிவின் எலும்புச்சுவர்கள் (முன்புறமாக)
1. நெற்றி எலும்பு; 2. பார்வை நரம்புக் கால்வாய்; 3. கண்குழிவின் மேற்புறப் பிளவு; 4. கண்ணீர் பைக்கான பள்ளம்; 5. கண்குழிவின் கீழ்ப்புறப் பிளவு; 6. மேற்தாடை எலும்பு; 7. கண்ணீர் சுரப்பிக்கான பள்ளம்

தத்தை எடுத்துச் செல்கிறது. கண் குழிவின் மேற்புற வெளிப் பகுதி தல் கண்ணீர் சுரப்பிக்கான ஒரு பள்ளம் உள்ளது. கண் குழிவில் அமைந்துள்ள கண்ணீர்பை, மூக்கு கண்ணீர்கால் வாதுடன் தொடர்ந்து இருக்கிறது. கண்குழிவின் முன்புற $^1/_3$ பகுதியில் கண் கோளம் இருக்கிறது. அவை நான்கு சுவர்களாக அமைகின்றன: வெளிப்புற, மேற்புற, கீழ்புற, உட்புற, கடைசி மூன்று சுவர்களும் மூக்குக் குழிவு பக்க புழைகளை—நெற்றி, மேற்தாடை, சல்லடை— அடுத்து இருக்கின்றன. எஞ்சியுள்ள பகுதியில் கொழுப்பு செல்திசு, மற்றும் நாளங்கள், நரம்புகள், தசைகள் காணப்படுகின்றன.

கண் தசை அமைப்பில் உட்புற மற்றும் வெளிப்புறத் தசைகள் காணப்படுகின்றன.

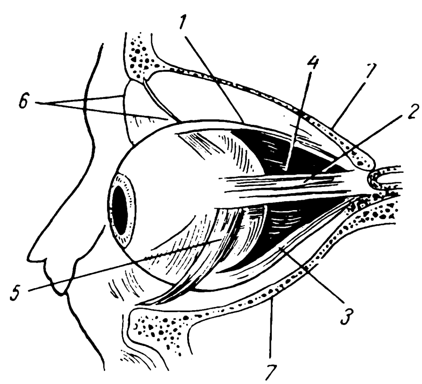
ஆறு வெளிப்புறத் தசைகள் (4 நீண்ட தசைகளும்: மேற்புற, கீழ்புற, உட்புற, வெளிப் புற நீள் தசைகள்) 2 குறுக்கு தசைகளும் (மேற்புற, கீழ்புற) கண்கோளத்தின் அசைவுகளுக்கு பொறுப்பாக இருக்கின்றன. கீழ்புற குறுக்குத் தசையைத் தவிர மற்ற அனைத்துத் தசைகளும், கண்குழிவின் உச்சியிலுள்ள பொதுவான நாண் வளையத்திலிருந்து துவங்குகின்றன. இந்த வளையத்திலிருந்து, அவை விரிந்து ஒரு தசை பெய் குழல் போன்று மாறி, விம்பசிலிருந்து பல் வேறு தூரத்தில் விழி வெண் படலத்தில் பொதிந்துள்ளன. (படம் 139) உடல் இயங்கியல் பணியைப் பொறுத்து, இந்தத் தசைகள் கீழ்க்கண்டவாறு பிரிக்கப்படுகின்றன: 1) நடுவிலகிய (வெளிப்புற) நீள்தசையும், இரண்டு குறுக்குத் தசைகளும் கண் கோளத்தை நடு விலகி இழுக்கின்றன; 2) நடு நோக்கிய (உட்புற) மேற்புற, கீழ் புற நீள் தசைகள் கண் கோளத்தை நடுநோக்கி இழுக்கின்றன; 3) மேற்புற நீள் தசையும், கீழ்புற குறுக்குத்தசையும் கண்கோளத்தை மேல்நோக்கி சுழற்றுகின்றன; 4) கீழ்புற நீள் தசையும் மேற்புற குறுக் குத் தசையும், கண் கோளத்தை கீழ்நோக்கி சுழற்றுகின்றன. கண்ணின் ஒவ்வொரு அசைவுக்கும் பல தசைகள் காரணமாக இருக்கின்றன. தனிமையான இரு கண் பார்வையில் ஒவ்வொரு கண்ணின் விழித் திரையில் தோன்றும் உருவங்களை ஒன்று சேர்ப்பதில், மேற்கூறிய கூட்டு பணிகள் இன்றியமையாததாகும். கண்பாவையை சுருக்கி, விரிக்கும் தசைகள் உள்ளிட்ட கண்ணின் உட்புறத் தசைகள் கரு விழிப் படலத்தில் அமைந்துள்ளன. சிலியரி அங்கத்தில் உள்ள சிலி யரித் தசை, தக அமைவில் பங்கு பெறுகிறது.

கண்குழிவின் நடுநோக்கிய, நடுவிலகிய விளிம்புகளில் சேரும், இருமடிப்புகளாலான சருமத்தையும், தசையையும் **கண் இமைகள்** என்கிறோம். கண் இமைகள், உறக்கத்தின் போது கண்களைப்பாது காக்கின்றன. வெளிச்சமான ஒளியின் விளைவை மட்டுப்படுத்து கின்றன. தூசியிலிருந்தும், காயமடைவதிலிருந்தும் கண்களைப் பாது காக்கின்றன. கண்ணின் பரப்பிலிருந்து சிறிய அயற்பொருட்களை

அகற்றவும், கண்கோளத்தின் எல்லாப் பரப்பிலும் ஒரே சீரான ஈரத்தன்மையைப் பேணவும், கண் இமைகளைத் திறந்து மூடுவதற்கு உதவுகிறது. இமை இணைப் படலத்தின் அர்த்தசந்திர மடிப்பால் வரையறுக்கப்பட்ட இமை இடைப்பிளவின் உட்கோணத்தில் கண்ணீர்கழலை எனப்படும் சிறிய மேடு காணப்படுகிறது. இதை லேகஸ் லேக்ரிமாலிஸ் எனப்படும் கண்ணீர் தேக்கம் என்கிறோம். கண்ணிமைகளின் தோல், மிக நுண்ணியதாகவும், மென்மையாகவும் எந்த விதமான கொழுப்பு செல் திசு இல்லாமல் இருக்கிறது. கண்ணின் கண் கோளத் தசையின் இமைப்பகுதி சருமத்தின் அடியில் காணப்படுகிறது. (மஸ்குலஸ் ஆர்பிகுலாரில் ஆகுலை) கண்ணிமைப் பிளவின் உட் கோணத்தில் இது தோன்றி, வட்டமாக அமைந்து, கண் குழிவின் விளிம்புகளுடனும், நடுநோக்கிய மற்றும் நடுவிலகிய பிளவுகளுடன் சேருகிறது. இந்தத் தசை இமைகளை மூடுகிறது. முக நரம்பு, இதற்கு நரம்பூட்டமளிக்கிறது.

கண்குழித்தசையின் இமைப் பகுதி, குருத்தெலும்பில் படிந்துள்ளது. குருத்தெலும்பின் ஆழ்ந்த பகுதியில் மெய்போமியன் சுரப்பிகள் காணப்படுகின்றன. கண்ணிமை ஓரங்களில் வெளிப்படும் அதன் கொழுப்பு சுரப்பு, இமைகள் ஒன்றோடு ஒன்று பொருந்தவும், கண் கோளத்துடன் பொருந்தவும் உதவுகிறது. கண்ணிமையின் விளிம்பைத் தாண்டி கண்ணீர் சிந்தாமலிருக்க இந்த சுரப்பு உதவுகிறது. கண்ணீர் வெளிச் சிந்துவதைத் தடைசெய்கிறது. கண்ணிமையின் சிலியரி விளிம்பில் குருத்தெலும்பு மட்டுமே காணப்படுகிறது. மேல் இமையைத் உயர்த்தும் தசை, குருத்தெலும்பின் மேல் விளிம்புமற்றும் இமையின் சிலேட்டுமப் படலம், தோல் ஆகியவற்றுடன் பொதிந்துள்ளது. கண் இயக்கத் தசையின் சிறிய ஒரு கிளை, இதற்கு நரம்பூட்டமளிக்கிறது. இந்த நரம்பு செயலிழந்தால், இமை தொங்குகிறது. (இமை தொங்கல்)

உள்ளேயிருந்து சிலேட்டுமப் படலத்தாலும், இமையின் இமை இணைப்படலத்தாலும் கண்ணிமைகள் போர்த்தப்பட்டுள்ளன. இந்தஇமை இணைப்படலம்



படம் 139. கண்ணின் தசைகள் 1. மேற்புற நீள்தசை; 2. வெளிப்புற நீள்தசை (நடுவிலகிய); 3. கீழ்புற நீள்தசை; 4. உட்புற (நடுநோக்கிய) நீள்தசை; 5. கீழ்ப்புற குறுக்குத் தசை; 6. மேற்புற குறுக்குத்தசை; 7. கண் குழிவின் எலும்புச் சுவர்கள்

கண்கோளத்தின் மேலாகச் சென்று கண்கோளத்தின் இணைச் சவ்வுடன் தொடர்பு கொள்ளுகிறது. சிலேட்டுமப் படலம், விழித் திரை மற்றும் லிம்பஸ் வரை எட்டுகிறது. விழித்திரையின் மேலார்ந்த அடுக்குகள், இமை இணைச்சவ்வின் தொடர்ச்சியாகும். கண்ணிமையிலிருந்து கண் கோளத்திற்குச் செல்லும் அதன்கோடு, இமை இணைச் சவ்வின் ஃபார்னிக்ஸ் எனப்படுகிறது. கண்ணிமைகள் மூடியவுடன் இமை இணைப்படலம், இமை இணைப்பைஎன்ற மூடிய குழிவை உண்டாக்குகிறது. கண்ணிமைகளுக்கும், கண்கோளத்திற்கும் இடையில் ஒரு குறுகிய பிளவு உள்ளது.

உட்கரோடிட்தமனியின் கிளையான கண்தமனி, கண் கோளத்திற்கும் அதைச் சார்ந்த பாதுகாப்பு உறுப்புக்களுக்கும் இரத்த வினியோகம் செய்கிறது. கண் தமனியிலிருந்து வெளிப்படும் தனித் தனியான கிளைகள் தசைகள் மற்றும் கண் இமைகள், கண்ணீர் உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றை அடைகின்றன. நடுக் கோட்டின் பின்னுள்ள பின்புற சிலியரி தமனிகளும் முன்னேயுள்ள முன்புற சிலியரி தமனிகளும் ஊடுருவி, ஊவியல் பாதையை அடைகின்றன. கண் பார்வைத் தகட்டின் பகுதியின் வழியாக, மத்திய விழித்திரைத்தமனி கண்ணினுட் செல்கிறது. அங்கிருந்து சிறிய கிளைகளாகப் பிரிகின்றன. (வண்ணப்படம் பத்து) (ஏற்கெனவே அச்சிடப்பட்டுள்ளது).

சிரை இரத்தம் பல்வேறு கண் சிரைகள் வழியாகவும் ஆழமான முகச்சிரைகள் வழியாகவும் சென்று, கபாலத்தினுள் செல்லாடர் சிகாவின் இரண்டு பக்கங்களிலும் உள்ள கவர்னஸ் புழையை அடைகின்றது. முப்பிரிவு நரம்பின் முதல்கிளை, கண்ணுக்கும் அதன் உபரி உறுப்புக்களுக்கும், உணர்வு நரம்பூட்டம் அளிக்கிறது. கண்ணின் வெளித்தசைக்கு, கண் தசை இயக்க நரம்பு மற்றும் உருளை நரம்பு, நடுவிலகிய அப்டயூசன் நரம்பு ஆகிய கபால நரம்புகள், இயக்க நரம்பூட்டத்தை அளிக்கின்றன.

பார்வை உறுப்பின் உடல் இயங்கியல்

கண்களின் பிரதான பணிகள் வருமாறு: பொருட்களின் அமைப்பு, ஒளி, வண்ணம் ஆகியவற்றை உணர்தல், வெளியில் பொருட்களின் நிலை, அந்திநேரத்திலும், இரவிலும் பலவீனமான ஒளியை உணர்தல், பல்வேறு தூரங்களில் பொருட்களைத் தெரிதல்.

கண்ணின் எல்லாப் பணிகளும் ஒன்றொடு ஒன்றிணைந்து, மத்திய நரம்பு மண்டலத்தால் கட்டுப்படுத்தப்படுகின்றன. இதன் விளைவால் சுற்றியுள்ள உலகை உணர முடிகிறது—பார்வை எனும் பணி—இது பின் கூறப்படும் வழியில் சாத்தியமாகிறது. பார்க்கப்பட்ட ஒரு பொருளிலிருந்து, பிரதிபலிக்கப்பட்ட ஒளிக்கதிர்கள், விழித்

திரையின் மேல் விழுவதற்கு முன்பு, கண்ணின் ஒளிபுகு ஊடகங்களால், ஒளி விலக்கப்படுகின்றன. நிறமி எபிதீலிய அடுக்குகளிலும் கம்புகளிலும் கூம்புகளிலும் உள்ள பார்வைப் பொருட்கள் சிதைவடைவதால், ஒரு குறிப்பிட்ட அயனீகர தளம் தோன்றுகிறது. அயனிகளின் ஒரு குறிப்பிட்ட செறிவில், தளத்திலுள்ள கம்புகளும் கூம்புகளும், நரம்புத்தூண்டுல் ஒன்றைப் பெறுகின்றன. அவை, உயிரோட்டங்களாக, பார்வைப் பாதையின் வழியாக பெருமூளைப் புறணிக்குக் கடத்தப்படுகின்றன. இங்கு பார்வைப்புலன் உண்டாகிறது.

ஒளிப்புலன் கொண்ட விழித்திரையை, செயலாற்றக் கண்டோட்டம் கொண்டு, இரண்டு பிரிவாகப் பிரிக்கின்றனர்: மத்திய பகுதி (மஞ்சட் புள்ளியின் பகுதி), புறப்பகுதி (விழித்திரையின் எஞ்சிய பரப்பு) ஆதனால் **மத்தியப் பார்வை, புறப்பார்வை** *என இரண்டு, பிரித்தறியப்படுகிறது.*

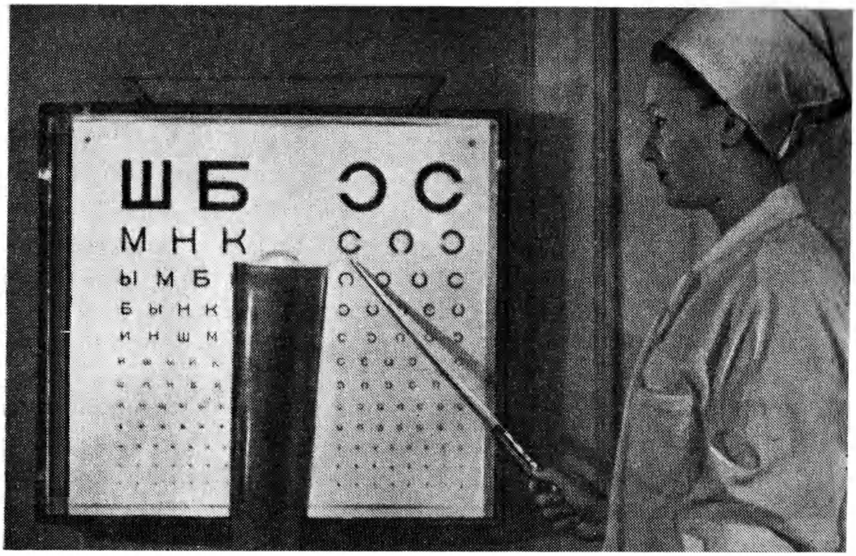
மத்தியப்பார்வை, பார்வைக் கூர்மை கொண்டு அளவிடப்படுகிறது. பார்வையின் மிகக் குறுகிய கோணத்திலுள்ள இரண்டு புள்ளிகளை பிரித்தறியும் கண்ணின் திறனையே **பார்வைக் கூர்மை** *என்கிறோம். 60 வினாடிகள் கோணத்தில் எதிரிணையாகவுள்ள இரண்டு புள்ளிகளை பிரித்தறிய மூடியுமானால், பார்வைக் கூர்மையை சகஜமானதென்றோ, 1.0க்கு இணை என்றோ கொள்ளலாம்.*

முதல் சில நாட்கள், வாரங்கள், மாதங்கள் வரை கூட பார்வைக் கூர்மை, சிசுக்களில், குறைவாகவே இருக்கிறது. அது படிப்படியாக முன்னேற்றமடைந்து, முற்றிலுமான பார்வைக் கூர்மையை 6—7 வயதில் அடைகிறது.

பார்வைக்கூர்மையை பரிசோதிக்க குறியீட்டுப் படங்கள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. அப்படத்தில் வரிசையாக கருமை நிற எழுத்துக்கள், குறியீடுகள், வரைபடங்கள் (குழந்தைகளுக்காக) ஒரு குறிப்பிட்ட அளவில் காணப்படுகின்றன. சகஜமாக பார்க்க முடியக்கூடிய தூரத்தில் அவை வைக்கப்படுகின்றன. இந்த எழுத்துக்கள் இறங்கு வரிசையில் பெரியதிலிருந்து சிறியது வரை உள்ளன. இதனால் ஒவ்வொரு வரிசையும் முன்னதை விட 0.1 பார்வைக் கூர்மை மாறுபடும் வகையில் அமைந்துள்ளன. குறியீட்டுப்படங்கள், ஒரு தனியான பெட்டியில் (ராத்கருவி) உள்ளன. 40 வாட் மின் விளக்கால் ஒளி வீசப்படுகிறது. மேசைக்கு 5 மீட்டர் தள்ளி, நபர் உட்கார வைக்கப்படுகிறார். ஒவ்வொரு கண்ணும் தனித்தனியாக, மற்றொரு கண்ணை மூடிக்கொண்டு பரிசோதிக்கப்படுகிறது. பரிசோதகர், குறியீட்டுப் படத்தில் உள்ள எழுத்துக்களை வரிசையாக மேலிருந்து கீழாக ஒரு சுட்டிக்காட்டி கொண்டு காட்டுகிறார். (படம் 140) கடைசிவரிசையிலுள்ள மிகச் சிறிய எழுத்துக்களை, நபரால் சரியாக கண்டுபிடிக்க முடிந்ததென்றால், பார்வைக்கூர்மை தரமாக இருக்

கிறது எனக் கொள்ளலாம். உதாரணமாக முதல் வரிசை எழுத்துக் களை மட்டும் கண்டுபிடிக்க முடிந்தது எனில் அவனது பார்வைக் கூர்மை 0.1. 5வது வரிசை எழுத்துக்களை படிக்க முடிந்ததென்றால், அவனது பார்வை கூர்மை 0.5. 10வது வரிசையில் உள்ள எழுத்துக் களை படிக்க முடிந்ததெனில் அவனது பார்வைக் கூர்மை 10.0 குறியீட்டுப் படத்தின் உதவி கொண்டு, பார்வைக்கூர்மையை எந்த தூரத்திலிருந்தும் நிர்ணயிக்கலாம். மேசையிலிருந்து நபரைப் பிரிப் கும் தூரத்தை, சகஜமான பார்வைக் கூர்மையுள்ளவன், அநத வரி சையை பார்க்க முடிகிற தூரத்தால் வகுக்க வேண்டும். இதற்கான சூத்திரம் வருமாறு: பா.கூ.தூ/$தூ_1$ இங்கு பா.கூ. என்பது பார்வைக் கூர்மை, தூ என்பது மேசையிலிருந்து நபர் உட்கார்ந்திருக்கும் தூரம். $தூ_1$ என்பது சகஜ நிலையில் இந்த வரிசையை வாசிக்க முடி கின்ற தூரம். ஒருவன் முதல்வரிசையை 3மீ. தூரத்திலிருந்து வாசிக் கிறான். சகஜநிலையில் 50மீ. தூரத்திலிருந்து வாசிக்க வேண்டும். ஆகவே பார்வைக்கூர்மை—3/50/0.06/5மீ. தூரத்திலிருந்து முதல். வரிசையை வாசிக்க முடிந்திருந்தால் அவனது பா. கூ 0.1 ஆகும்.

பார்வைக்கூர்மை 0.1—க்கும் குறைவாக இருந்தால், முதல் வரிசையை படிக்கக்கூடிய தூரத்திற்கு அவன் கொண்டு வரப்படு கிறான். முன்மாதிரி கணக்கிடப்படுகிறது. அவன் குறியீட்டுப்படத் தின் முதல் வரிசையை 1 மீ தூரத்தில் படிக்க முடிந்தால் அவனது பார்வைக்கூர்மை 1/50 அதாவது 0.02. பரிசோதகர், தனது விரல் களைக் காட்டி, அந்த நபரை எண்ணச் சொல்லலாம். பருப்பான பின்னணியில், விரல்கள் காட்டப் பட வேண்டும். விரல்களின் பரு மன், முதல் வரிசை எழுத்துக்களின் அகலத்துக்குச்சமமாகும். மிகக் குறைந்த பார்வைக்கூர்மையுள்ளவர்களுக்கு விரல்களை வெகு அரு கில் கொணர்ந்து பரிசோதிக்க வேண்டும், அல்லது கை அசைவின் மூலம் பார்வைக் கூர்மையை அளவிட வேண்டும். இந்த அசைவைக் கூட நோயாளியைப் பார்க்க முடியவில்லையெனில், இருட்டறையில் அவனது ஒளி உணர்வைப் பரிசோதிக்க வேண்டும். பல்வேறு இடங் களிலிருந்து பலவீனமான ஒளிக்கதிர்களை செலுத்தி, எங்கிருந்து ஒளிக்கதிர் வருகின்றது என நபரைக் குறிப்பிடச்சொல்லலாம். (மற்ற கண்ணை மூடிக்கொண்டு இந்தச் சோதனை செய்யப்பட வேண்டும். ஒரு மெழுகுவர்த்தியையோ, கண் உள்நோக்கிக் கருவி யின் ஒளிக்கதிரையோ பயன்படுத்தலாம்) (படம் 148). ஒளியைச் சரியான முறையில் செலுத்தி ஒளி உணர்வைக் கணக்கிட்டு பார்வைக் கூர்மையை நிர்ணயிக்கலாம். (1/~ பி.சி) ஒரு நபரால் ஒளியை மட்டும் காண முடிகிறது; ஆனால் எங்கிருந்து அந்த ஒளி வருகிறது எனச் சொல்ல முடியாவிட்டால், ஒளிக்கற்றை வீசப்படுவது சரியாக இல்லை எனக் கொள்ள வேண்டும். ஒளியையே அவனால் பார்க்க முடியவில்லை எனில் அவனது பார்வைக்கூர்மையை பூஜ்யம் எனக்



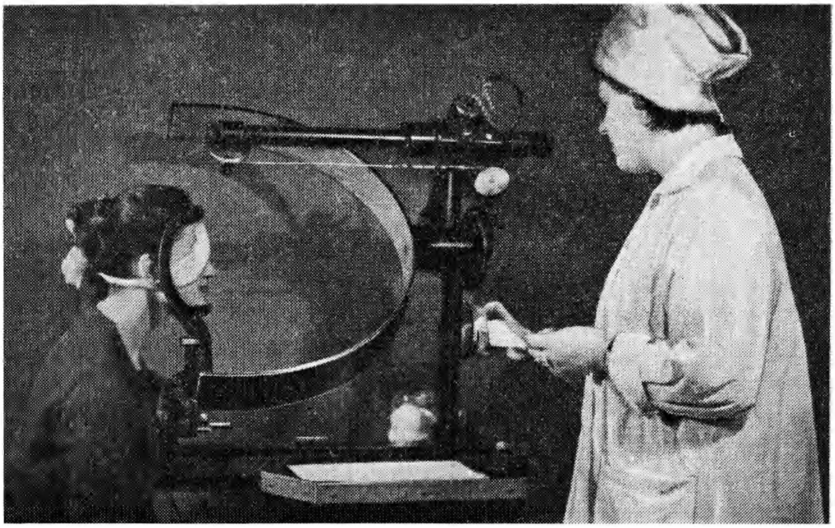
படம் 140. பார்வைக் கூர்மையை நிர்ணயித்தல்

கொள்ளவேண்டும். இது முழுமையான குருட்டுத்தன்மை ஒரு நோயாளியில் ஒளியை உணரும் தன்மை கட்டாயம் இருந்தால்தான், இனி அளிக்கப்படும் சிகிச்சை வெற்றிபெற முடியும். ஆப்ரேஷன் அவசியம் தானா, அதன் விளைவு என்னவாக இருக்கும் என்பதை எல்லாம் கணக்கில் கொள்ளவேண்டியது முக்கியமாகும்.

குறைந்த வெளிச்சத்தில் (அந்தி நேர பார்வை) ஒளியை உணர புறப்பார்வையால் முடியும். வளியில் தக அமைவின் திறனுக்கு, மத்திய பார்வையின் பணிக்கு, இது உதவி செய்கிறது. ஒரு அசையாத பொருள் மீது உன்னிப்பாகப் பார்த்து, ஒரு கண்ணால் வளியின் அந்தப் பகுதியைப் பார்ப்பதையே ''பார்வைத் தளம்'' என்கிறோம்.

புறப்பார்வையைத் தவிர்க்க கண்ணின் முன், குறுகலான குழல்களையோ அல்லது இருகண் நோக்கியையோ பிடித்துக் கொண்டு நடக்க முயற்சி செய்வதன் மூலம் புறப்பார்வையின்முக்கியத்துவத்தை உணரலாம். மிகக் கூர்மையான மத்தியப் பார்வை இருந்தால்கூட முன்சென்று நடப்பது மிகவும் சிரமமாகும். இயலாத ஒன்றாகும்.

பெரிமீட்டர் என்ற கருவி கொண்டு பார்வைத்தளம் தெரியப் படுகிறது. ஒழுங்குபடுத்தக்கூடிய வளைவில் மத்தியில் 0 முதல் இறுதியில் 90 டிகிரி குறிப்பிடப்பட்டுள்ளது (படம் 141). படத்தில் காட்டியபடி, ஒருவன் உட்கார வைக்கப்படுகிறான். ஒரு கண் மூடப்படுகிறது. மற்ற கண், வளைவின் மத்தியைப் பார்க்கிறது. பரிசோதகர்,



படம் 141. பெரிமீட்டர் கொண்டு பார்வைத்தளத்தை அளவிடல்

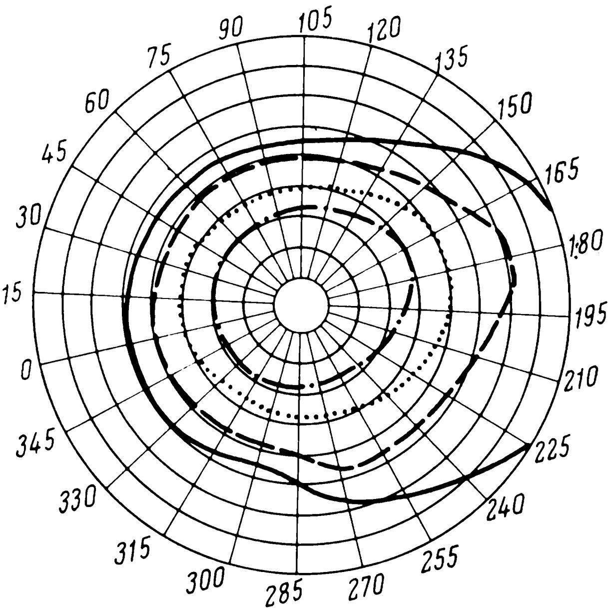
ஒரு கருப்புச் சுட்டிக் காட்டியை, வெளியிலிருந்து மத்திக்குக் கொண்டு வருகிறார். சுட்டிக்காட்டியதில் 5 மி.மீ நீளமுள்ள ஒரு குறியீடு ஏதோ ஒரு வண்ணத்தில் உள்ளது (வண்ணம் வெள்ளை, சிவப்பு, பச்சை). வளைவின் கிடைமட்ட, செங்குத்தான, குறுக்கான நிலைகளில், பெரிமீட்டர் வளைவின் புறப்பகுதியில் உள்ள பொருளை, நபர் தெரிந்து கொள்ளும் புள்ளிதான், ஒரு குறிப்பிட்ட நடுநிரல் கோடு எல்லையை நிர்ணயிக்கிறது, முதலில் வெண்மை நிறத்திற்கும், தேவையிருந்தால் சிவப்பு, பச்சை, நீலம் ஆகிய வண்ணங்களுக்கும் பார்வைத்தளத்தின் வரையறுக்கப்பட்ட எல்லைகள், டிகிரிகள் அளவில், ஒரு படத்தில் வரையப்படுகிறது (படம் 142). அதன் எல்லைகள் குறுகலடைவது, சில பகுதிகளில் பார்வை இன்மை (ஸ்கோடோமா), தளத்தின் ஒரு பகுதியில் பார்வை இன்மை (ஒரு பகுதி பார்வையின்மை) ஆகியவை கொண்டு, பார்வைத்தளத்தின் மாற்றங்களைத் தெரியலாம். கண் நோய்களை, குறிப்பாக மத்திய நரம்பு மண்டல நோய்களை நிர்ணயிக்க, தளப்பார்வையில் குறைபாடுகளைக் கண்டுபிடிப்பது மிகவும் முக்கியமாகும்.

பெரிமீட்டர் இல்லையெனில், பார்வைத்தளத்தின் நிலையை மற்றொரு முறையால் தெரியலாம். பரிசோதிக்கப்படவேண்டிய நபரை தனக்கு முன்பாக இருத்திக் கொள்கிறார். டாக்டரின் கண்களும், நோயாளியின் கண்களும் ஒரே மட்டத்தில் இருக்க வேண்டும். இரண்டுபேரும் ஒரு கண்ணை மூடிக்கொள்வதால், டாக்டரின் வலது

கண்ணும் நோயாளியின் இடது கண்ணும் நேராக இருக்கின்றன. இதுபோன்றே மற்ற கண்ணுக்கும் தனக்கும் நோயாளிக்கும் இடையில் தனது விரல்களையோ ஒரு பொருளையோ புறப்பகுதியிலிருந்து மத்திக்கு அசைக்கிறார். பார்வைத்தளத்தில் அந்தப் பொருள் தோன்றுவதைக் கவனிக்க வேண்டும். இந்தப் பரிசோதனைக்கு மிகவும் அவசியமானது, டாக்டரின் பார்வைக் கூர்மை.

பார்வைத் தளத்தின் மத்திய பகுதியும், பார்வை இல்லாத பகுதிகளும் ஒரே மட்டத்தில் பரிசோதிக்கப்படுகின்றன. இதையே கேம்பிமெட்ரி என்கிறோம்.

வண்ணப் பார்வை (நிறங்களைத் தெரிந்து கொள்ளல்). பல்வேறு அலை நீளங்களின் கதிர்களைத் தெரிவதான, வண்ணப் பார்வையும் மத்தியப்பார்வையின் பணியாகும். வண்ணப் பார்வையே இல்லாமை அல்லது பலவீனமாக இருப்பது ஒரு பிறவிக் குறைபாடாக இருக்கலாம். கண்ணிலோ, கண்களின் பணிகளிலோ எந்தவித மாற்றங்களும் இல்லாமல் இருக்கலாம். விழித்திரையின் மத்திய பகுதி, நோய்களால் பெறப்பட்ட விளைவாக இருக்கலாம். பெருமூளைப்



படம் **142.** சகஜமான பார்வைத்தளத்தின் எல்லைகள்
வெண்மை நிறப்பொருட்கள் (தொடர்ச்சியான கோடு)
நீல நிறப்பொருட்கள் (தொடர்ச்சியில்லாத கோடு)
சிவப்பு நிறப்பொருட்கள் (புள்ளிகொண்ட கோடு)
பச்சை நிறப்பொருட்கள் (கோடு—புள்ளிகொண்டு கோடு)

புறணி மற்றும் பார்வை கடத்தும் பாதைகள் ஆகியவற்றின் நோய்களாலும் வண்ணப் பார்வையில் கோளாறுகள் உண்டாகலாம்.

பல்வேறு தரங்கள், வெளிச்சம், நிழல்கள் ஆகியவை கொண்ட பல வண்ணங்களை பார்வை பகுப்பி தெரிந்து கொள்ள முடியும். மூன்று வண்ணங்களான சிவப்பு, பச்சை, நீலம் ஆகியவற்றை ஒரு மிக்கக்கூடிய திறனால் இது சாத்தியமாகிறது. ஆகவே, சகஜமான வண்ணப் பார்வை கொண்ட ஒரு நபரை டிரைகுரோமேட் என்கிறோம். விழித்திரைக் கூம்புகளின் மூன்று வண்ணத்தையும் தெரியும் பகுதிகள், சகஜமாக, ஒரே சமயத்தில் பணிபுரிந்தால்தான், வண்ணங்களை சரியான முறையில் தெரிய முடியும். இவற்றில் ஏதாவதொன்று இல்லையெனில், எஞ்சியுள்ளவற்றின் திறனும் பாதிக்கப்படுகிறது. இத்தகைய நபரை டைக்குரோமட் என்கிறோம். சிவப்புப் பகுதியைப் பார்க்க முடியாதபோது, புரோடனோபியா என்றும், பச்சை நிறத்தை பார்க்க முடியாதபோது டியூடரனோபியா என்றும் நீல நிறத்தைப் பார்க்க முடியாதபோது, டிரைடனோபியா என்றும் கூறுகிறோம். (முக்கிய வண்ணங்களாவன: சிவப்பு, பச்சை, நீலம். கிரேக்க மொழியில் குரோமா என்றால் வண்ணம். ஒபியா என்றால் பார்வை. புரோட என்றால் முதலாவது. அதாவது முதலாவது வண்ணமான சிவப்பு. ட்யூட்ரா என்றால் இரண்டாவது. அதாவது இரண்டாவது நிறமான பச்சை, டிரைடோ என்றால் மூன்றாவது. அதாவது மூன்றாவது வண்ணமான நீலம் (மொ-ர்).

வண்ணப்பார்வையின் பலவீனத்தைப் பார்வை விகாரம் என்கிறோம். ஒரு நபரால் சரியாக உணரமுடியாத நிறத்தைப் பொறுத்து, அந்த நிலை, புரோடனமலி, டியூட்ரனமலி, டிரைடனமலி என்கிறோம். நிறக்குருடு கொண்டவர்களும், நிற விகாரங்கள் கொண்டவர்களும் தங்களது குறைபாடுகளைத் தெரியாமலிருப்பர். ஏனெனில் அவர்கள் வண்ணங்களின் செறிவையும், பிரகாசத்தையும் பொறுத்து வண்ணங்களைப் பிரித்தறிகிறார்கள். ஈ.பி. ராப்கின் அமைத்த குறியீட்டுப் படங்களைக் கொண்டு வண்ணப்பார்வையின் கோளாறுகளை அறியலாம். இந்தப் படத்தில், வெளிச்சத்திலும் செறிவிலும் சமமான சிறிய வட்டங்கள் கொண்ட எண்ணிக்கைகள் அல்லது படங்கள் காணப்படுகின்றன (வண்ணப்படம் XI) படத்தில் மறைந்துள்ள குறிகளையோ அல்லது படங்களையோ வண்ணக்குருடன் ஒருவன் அல்லது வண்ண விகாரம் கொண்ட ஒருவன் பிரித்தறிகிறான். ஆனால் அதேபோது டிரைகுரோமாட் ஒருவனால் பார்க்கப்பட்ட அறிகுறிகளைக் காணத் தவறிவிடுகின்றனர்.

பகல் வெளிச்சத்தில் இந்தப் பரிசோதனை நடைபெறுகிறது. படங்கள் நன்கு வெளிச்சமாக இருக்க வேண்டும். 1 மீ. தூரத்தில் உள்ள பரிசோதிக்கப்படவேண்டிய ஒருவனுக்கு இந்தப் படங்கள் ஒவ்வொன்றும் 10—20 வினாடிகளுக்குக் காட்டப்படுகின்றன. டிரை

குரோமாட்டுகளும், வண்ணப் பார்வையின் பல்வேறு கோளாறுகள் கொண்ட நபர்களும் இந்தப் படங்களை எவ்விதம் பிடிக்க வேண்டும் என்ற விவரங்கள், அந்தப் படங்களுடன் உள்ளன. இதன் மூலம் கோளாறின் வகை நிர்ணயிக்கப்படுகிறது. உற்பத்தி மற்றும் போக்கு வரத்துத் துறையில் பணி புரியும் அனைவரும் வண்ணப்பார்வைக் கான சோதனைகளுக்குட்படுத்தப்பட வேண்டும். இத்துறையில் வண்ணப் பார்வை மிகவும் அவசியம். இது, இராணுவத்தின் சில சிறப்புப் பகுதியினருக்கும் பொருந்தும்.

பல்வேறு வகையான ஒளி வெளிச்சத்தைத் தெரிந்து கொள்வதே **ஒளிப் பார்வையாகும்**. ஒரு மனிதன் பகல் வெளிச்சத்திலும் இரவிலும் —அதாவது பல்வேறு வெளிச்சமுள்ள சூழ்நிலைகளில்—பார்க்க முடியும் என்பது அனைவரும் அறிந்த ஒன்றாகும். இருளிலிருந்து வெளிச்சத்திற்கு திடீரென்று வந்தவுடன் சுற்றியுள்ள பொருட் களைத் தெரிந்து கொள்ள சிறிது நேரம் பிடிக்கிறது. அதுபோன்றே வெளிச்சத்திலிருந்து இருட்டுக்குள் செல்லும்போதும், பல்வேறு வெளிச்ச சூழ்நிலைக்கு பழகிக் கொள்ளும் கண்ணின் திறனை, வெளிச்சத்திற்கும் இருளுக்குமான மாற்றியமைக்கும் தன்மை எனப் படுகிறது. இருளுக்கு மாற்றியமைத்துக் கொள்வது முதன்மையான செயல்முறை முக்கியத்துவம் கொண்டது. இதை அடேப்டாமீட்டர் கொண்டு கணிக்கலாம். மிகக் குறைவான ஒளிப்பார்வை எவ்வளவு துரிதமாக மீண்டும் கிடைக்கிறது (பிரகாசமான வெளிச்சம் கண் ணில் பட்டவுடன்) என்பதையும், ஒளிக்கூருணர்வு எவ்வளவு நேரத் தில் சகஜ நிலையை அடைகிறது என்பதையும் அக்கருவி கணிக்கி றது.

இருளுக்கு மாற்றியமைப்பது பலவீனம் அடைந்த நிலை நிக்லோ டாயா (இரவுப் பார்வையின்மை அதாவது மாலைக் கண்) எனப்படு கிறது. இருளிலோ அல்லது பலவீனமான வெளிச்சத்திலோ ஒழுங் கமைவு முடியாமலோ அல்லது ஒழுங்கமைவு சிரமத்துடன் நிகழ்வ தில் வெளிப்பாடடைகிறது. விழித்திரை மற்றும் பார்வை நரம்பு, மத்திய நரம்பு மண்டலம், கல்லீரல் ஆகியவற்றின் நோய் நிலையின் போது சில நோயாளிகளில், இரவுப் பார்வையின்மை நிரந்தரமா கவோ படிப்படியாகவோ உருவாகிறது. வைட்டமின் ''ஏ'' பற்றாக் குறையின் போதும், மாற்றியமைப்பதில் தற்காலக் கோளாறு உண் டாகிறது. இதைச் சரிசெய்ய மீன் எண்ணெய், வைட்டமின் ''ஏ'', ''ஈ'', இந்த வைட்டமின் கொண்ட பொருட்கள் (வெண்ணெய், காரட்டுகள், ஈரல்) பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. குறைவான வெளிச் சத்தில் பணிபுரிய நபர்களைத் தேர்ந்தெடுக்கும் பொழுதும் பல் வேறு நோய்களின் நிர்ணயித்தின் பொழுதும் ஒளிப்பார்வை பற்றிய அறிவு மிகவும் அவசியமாகும்.

இருகண் பார்வை. ஒவ்வொரு கண்ணிலிருந்து பெறப்படும் தனித்

தனியான பார்வை உணர்வை ஒருமுகப்படுத்துவதே பார்வை பகுப்பியின் திறனாகும். இதுதான் இருகண் பார்வையின் சிறப்பு அம்சமாகும். ஒரு பொருளின் பரிமாணம், ஒன்றுக்கு ஒன்றான அவற்றின் நிலைகளின் ஆழம் ஆகியவை இருகண் பார்வையில் தெரிந்தறியப்படுகின்றன. பார்வையாளரின் நிலையும், வளியில் ஒரு பொருளின் நிலையும் துல்லியமாக நிர்ணயிக்கப்படுகிறது. மிகச் சிறந்த பார்வைக்கூர்மை தேவையான (விமானிகள், நுண்ணிய கருவிகள் செய்யும் நிபுணர்கள், குண்டுகள் பாயும் தொலைவை நிர்ணயிப்பவர்கள்) தொழில்களில், இருகண் பார்வை மிகவும் அவசியமாகும்.

ஸ்டீரியஸ்கோப் எனப்படும் கருவி உள்ளிட்ட பல சாதனங்கள் கொண்டு இருகண் பார்வையைக் கணிக்கலாம். இப்பார்வை சகஜமாக இருந்தால் ஸ்டீரியஸ்கோபி மூலம் பார்வையிடும் போது, படங்களின் ஆழமும், பரிமாணமும் தெளிவாக இருக்கின்றன. கண்பார்வையைக் கணிக்க எளிய முறை வருமாறு: நபரிடம் இரண்டு குச்சிகள் (பென்சிலோ பேனாவோ) கொடுக்கப்பட்டு, தனக்கு முன்னால் கைகள் கொண்டு கிடைமட்டமாகப் பிடிக்கவேண்டும். இரண்டையும் ஒன்றோடொன்று சரியாகப் பொருந்தச் செய்யுமாறு கூறப்படுகிறார். இரு கண் பார்வை நன்றாக இருந்தால், இதை எளிதில் செய்துவிட முடியும். இருகண்பார்வை பழுதுபட்டிருந்தாலோ அல்லது இல்லாமல் இருந்தாலோ, இரு குச்சிகளையும் பொருத்துவது சிரமமே.

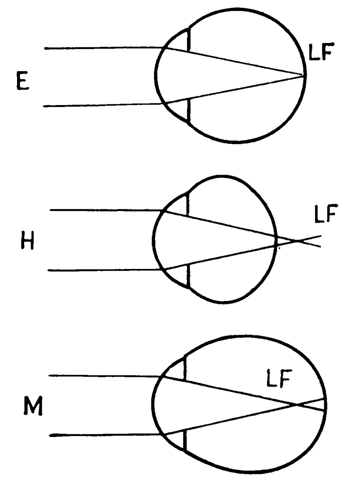
ஒளி விலக்கலும் தக அமைவும்

ஒளிவிலக்கல் மற்றும் தக அமைவு ஆகியவைபற்றிய கருத்து

தரமான சகஜமான பார்வை, பின்வருவன இருந்தால், இது சாத்தியமாகிறது: ஒளி விலக்கும் ஊடகம் ஒளிபுகும் தன்மையாக இருத்தல் வேண்டும்; அனைத்து பார்வை நரம்பு அமைப்புகள் (விழித்திரையிலிருந்து பெருமூளைப் புறணியின் பின் மடலிலுள்ள பார்வை மையங்கள் வரை) சகஜமான பணி புரிய வேண்டும்; மஞ்சட்புள்ளி எனப்படும் விழித்திரையின் மையத்தில் தெளிவான உருவம் தெரிய வேண்டும். கண்ணின் ஒளிவிலக்கு திறனைப் பொறுத்து, உருவம் அமைவது இருக்கிறது.

ஒளிவிலக்கல் (ஒளிச்சிதறல்). கண்ணின் பார்வை மண்டலத்தை ஒரு இரு குவிந்த, பொரியாகக் காட்டும் வில்லையாக (விழித்திரை வில்லை) கற்பனை செய்தால் அதன் மேல் விழும் நேரிணையான ஒளிக்கதிர்கள், ஒளி விலக்கப்பட்டு, ஊடுருவி பெரிதாகக் காட்டும் வில்லையின் குவியத்தில் சேருகிறது. இந்தத் தூரம், வில்லையின் சக்திக்கு இணையாக இருக்கிறது. ஒரு வில்லையின் பார்வை சக்தி— குவிமையத்தூரம் 1மீ இருந்தால்—1 டயாப்டராகும் (ட). இத்த

கைய வில்லை வழியாக ஒளி விலக்கப்படும் இணையான ஒளிக்கதிர்கள், வில்லையிலிருந்து 1மீ தூரத்தின் உள்ள மையத்தில் சேரும் என்று பொருள். வில்லையின் சக்தி அதிகரிக்கும்போது, குவிமையத் தூரம் குறைகிறது. சான்றாக, 5.0 ட வில்லையின் குவிமையத்தூரம் 20 செ.மீ ஆகும் (100:5-20). பொதுப்படையான ஒளிவிலக்கு சக்தி, கண்ணுக்கு 66.6 ஆக இருந்தால், கண்ணின் ஒளி விலக்கு சக்தியை பிரதிபலிக்கிறது. இதுதான் கண்ணின் **உடல் சார்ந்த ஒளிவிலக்கல்** எனப்படுகிறது. இத்தகைய கண்ணின் விழித்திரை (இதன் குவியத்தில் ஒளிக்கதிர்கள் சேருகின்றன) பார்வை அமைப்பின் மத்தியிலிருந்து 15 மி.மீ அல்லது 1.5 செ.மீ தூரத்தில் இருக்கிறது. ஒளி விலக்கு அமைப்பு சக்தி சரியாக இருந்து, விழித்திரை மட்டத்தில் கண் இருசின் நீளமும் இருந்தால், ஒரு தெளிவான உருவம் உண்டாகிறது. பார்வை மண்டலத்தின் குவிமையத்திற்கும் கண் இருசின்நீளத்திற்குமிடையேயான விகிதத்தை **மருத்துவ ஒளிவிலக்கல்** என்கிறோம். கண்ணின் ஒளிவிலக்கல் அமைப்புக்கும் கண்கோளத்தின் இருசு நீளத்திற்கும் இடையேயான சரியான உறவை (மேலே விவரிக்கப்பட்டது) சகஜமான ஒளி விலக்கல் அல்லது எட்மெட்ரோபியா, என்கிறோம் (படம் 143) கண்ணுக்கு மிகையாக ஒளி விலக்கும்சக்தி இருந்தால் அல்லது கண் கோளத்தின் இருசு நீளமாக இருந்தால் (இதுதான் பொதுவாக நிகழ்வது) குவியநீளம் குறைவாக இருக்கும். ஒளிக்கதிர்கள் விழித்திரையின் முன்னால் சேருகின்றன. இத்தகையகண், நேரிணைக் கதிர்களைத் தெரிய மாற்றியமைக்கப்படவில்லை நீண்ட தூரங்களுக்கு பார்க்க முடியாது, அருகேயுள்ள பொருட்களிலிருந்து வரும் விரிந்து செல்லும் கதிர்கள் (இந்த ஒளிவிலக்கலுக்குமிகையாக ஒளிவிலக்கும் சக்தி தேவை) விழித்திரையின் குவியப் புள்ளியில் சேருகின்றன. அத்தகைய கண், ஒரு பொருள், அருகில் இருந்தால்தான் பார்க்க முடியும். இதை **மையோபியா அல்லது கிட்டப்பார்வை** என்கிறோம்.



படம் 143. பல வகையான ஒளி விலக்கலின் போது கண்ணில் நேரிணையான கதிர்களின் குவியத்தின் நிலை

E—எம்மெட்ரோபியா (சகஜநிலை)

H—ஹைபர்மெட்ரோபியா (தூரப்பார்வை)

M—மையோபியா (கிட்டப் பார்வை)

L, F—ஒளிக்கதிர்களின் குவியம்

கண்ணின் பார்வை அமைப்பு, நேரிணைக் கதிர்களைப் பலவீனமாக ஒளிவிலக்கினால் அல்லது கண் கோளத்தின் இருசு நீளம் ஒவ்வாத முறையில் குட்டையாக இருந்தால், இணையான மற்றும் விலகிச் செல்லும் கதிர்கள், விழித்திரையின் ஒரு கற்பனைப் புள்ளியிலுள்ள குவியத்தில் சேருகின்றன. இத்தகைய ஒளிவிலக்கலை **ஹைபர்மெட்ரோபியா** அல்லது **தூரப்பார்வை** என்கிறோம். இத்தகைய ஒளிவிலக்கலைக் கொண்டவர்கள், அருகிலுள்ள பொருட்களைத் தெளிவாகப் பார்க்க முடியும். அவர்களது கண்களின் ஒளிவிலக்கும் தன்மையை செறிவடையச் செய்து (தக அமைவு) அல்லது கண்ணாடி வில்லைகள் கொண்டு சாதிக்க முடியும்.

ஒரே ஒளிவிலக்கலின் கூட்டு (வேறுபட்ட சக்தியுடன் இருந்த போதிலும்) ஒரு கண்ணிலோ அல்லது வேறுபட்ட ஒளிவிலக்கங்கள் இருந்தபோதோ சாத்தியமாகிறது. இதை **அஸ்டிக்மாடிசஸம்** என்கிறோம். விழித்திரை அல்லது வில்லையின் செங்குத்தான நடுவிரல் கோடுகளின் வேறுபட்ட ஒளிவிலக்கு சக்திகளின் விளைவு ஆகும். இதன் விளைவாக, ஒளி விலக்கிய பின், ஒளிக்கதிர்கள் கண்ணின் விழித்திரையின் குவியத்தில் சேருவதில்லை. ஆனால் ஒரு கோட்டையோ அல்லது முட்டை வடிவ ஒளியையோ உண்டாக்குகிறது. இதனால் தான் பொருட்களைத் தெளிவாகப் பார்ப்பது, அதனால் நல்ல பார்வை (கண்ணாடி வில்லைகள் கொண்டு சரிப்படுத்தும் வரை) சாத்தியமில்லை.

தக அமைவு. ஒளி விலக்கல் நிலையாக இருந்தால், கண்ணால் தூரப்பொருட்களைப் பார்க்க முடியும் (எம்மெட்ரோபியா), அல்லது அருகாமையில் பார்க்க முடியும் (மையோபியா); அல்லது கிட்டத்திலும் தூரத்திலும் சரியாகப் பார்க்க முடியாது (ஹைபர் மெட்சோபியா); எனினும் கண்ணிலிருந்து பல்வேறு தூரத்திலுள்ள பொருட்களை (தங்களது ஒளிவிலக்கலை அதிகரிப்பதன் மூலம் அல்லது குறைப்பதன் மூலம் பார்க்க முடிகிறது. இந்தத் திறனையே தக அமைவு என்கிறோம். பார்க்கப்பட்ட பொருள், கண்ணிலிருந்து இருக்கும் தூரத்தைப் பொறுத்து தக அமைவு அமைகிறது; ஒரு நரம்பு உந்தல் சிலியரி தசையைச் சுருக்க உதவுகிறது; இதனால் சின்னின் பிணையம் தொய்வடைகிறது; வில்லின் உறையும் தொய்வடைகிறது. வில்லை நெகிழ்வுத் தன்மை கொண்டிருப்பதாலும், அமுக்கப்படாததாலும், அது மேலும் குவிவடைகிறது. இதனால் கண் கோளத்தின் ஒளிவிலக்கும் திறன் செறிவடைகிறது.

கண்ணுக்கு மிக அருகே பொருள் இருக்கும்போது, சிலியரி தசையும் மிகையாகச் சுருங்குகிறது. இதனால் வில்லையும் பருமனடைவதால் தக அமைவுச் சக்தி அதிகரிக்கிறது. இதன் மூலம் கண்ணின் ஒளி விலக்கல் எவ்வளவு டயாப்டர்களில் செறிவடைந்துள்ளது எனத் தெரியும். குறியீட்டுப் படங்களை மிக அருகே வைத்துப் படிப்

பதன் மூலம், மிகச் சிறிய அச்சிட்ட எழுத்துக்களைப் படிக்க முடி யக்கூடிய மிகச் சிறிய தூரத்தை அளவிட முடியும்.

கண்ணிலிருந்து மிகையான தூரத்தில் ஒரு புத்தகத்தைப் படிக் கும்போது, தக அமைவிற்குத் தேவை இல்லை. ஒரு குறிப்பிட்ட இடத்தில், தூரத்தில் ஒரு பொருள் பார்க்கப்பட்டால் (ஏற்கனவே ஒளிவிலக்கவின் தன்மையும், டிகரியும் நிர்ணயிக்கப்பட்டது) தக அமைவு, ஓய்வு நிலையில் உள்ளது. தக அமைவு பங்கு பெறாமல், ஒளி விலக்கலின் உதவி மட்டும் கொண்டு, ஒரு பொருளை ஒரு தூரத்தில் பார்க்கும்போது, அதை தெளிவான பார்வையின் அப் பாலான புள்ளி என்கிறோம். இதன் விளைவாக, அப்பாலுள்ள புள் ளியிலிருந்து, தெளிவான பார்வையின் அருகிலுள்ள புள்ளிவரை, தக அமைவு சக்தியின் உதவியால் கண் பார்க்க முடிகிறது. இந்த தூரத்தை, தக அமைவு என்கிறோம். தக அமைவின்சக்தியும், நீளமும், ஒளி விலக்கலின் அமைப்பைப் பொறுத்துள்ளது. தூரப் பார்வையில் தக அமைவு சிறப்பாக அமைந்துள்ளது, எம் மெட்ரோபியாவிலும் கிட்டப்பார்வையிலும் மிகவும் குறைவாகவே இருக்கிறது.

ஒரு நபரின் வயதைப் பொறுத்து தக அமைவு உள்ளது. ஏனெ னில் வயது ஏறும்போது வில்லையின் மத்திய பகுதி (நூக்ளியஸ்) கடினமடைவதால், அதன் நெகிழ்வுத் தன்மையும் ஒளி விலக்கும் திறனும் குறைகிறது. இதனால் தெளிவான பார்வையின் மிகப்பக் கப்புள்ளி, படிப்படியாக பின்னடைகிறது. தக அமைவு பலவீனம டைகிறது. தூரப்பார்வையாளர்களும், சகஜ பார்வையாளர்களும் 40 வயதுக்குப் பிறகு, பலவீனமடைந்த தக அமைவை ஈடு செய்ய கண்ணாடிகளைப் பயன்படுத்துகின்றனர். அதேபோது கிட்டப்பார் வையாளர்கள், பலவீனமான வில்லை கொண்டோ அல்லது கண் ணாடி இல்லாமலோ படிக்கின்றனர். வயது முதிர்ச்சியால் கண்பார் வை பாதிக்கப்படுவதை **பிரஸ்பையோபியா** என்கிறோம்.

ஒளிவிலக்கல் விகாரங்களின் மருத்துவத் தோற்றம். கண்ணாடி வில்லைகளைத் தெரிந்தெடுத்தல்

ஒளி விலக்கல் விகாரங்களால் அவதிப்படுகிறவர்களின் கோ ளாறுகள் ஒரேமாதிரியாகவே இருக்கின்றன. தக அமைவின் நிரந் தரமான உளைச்சலால், தூரப்பார்வையுள்ள மக்களுக்கு அசதி மற்றும், கண்களில் ஊசி குத்தும் வலி, தலைவலி, பார்வைக்கு எல் லாமே மங்கலாகத் தெரியும் நிலை ஆகியவை உள்ளன. மேற்கூறி யவை தக அமைவு பலவீனத்தின் அறிகுறிகள். இது பொதுவாக, தூரப்பார்வையுள்ள நோயாளியிடமே காணப்படுகிறது. உளைச்ச லான வேலையுள்ளவர்களுக்கும், பாதகமான சூழ்நிலைகளில் படிப்

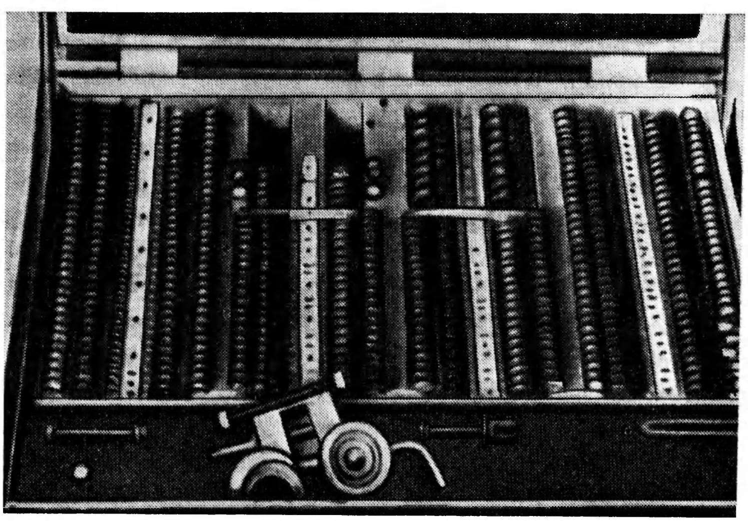
பவர்களுக்கும் இவை தோன்றலாம். வயது ஏறும்போது, மறைந்து கிடக்கும் தூரப்பார்வை வெளிவரத் துவங்கியவுடன் மேற்கூறிய கோளாறுகள் தோன்றுகின்றன. இடைவிடாத தக அமைவின் உளைச்சலாலும், குவியும் பார்வையாலும் (பார்க்கப்படும் பொருளின் மீது கண்களின் பார்வை இருசுகள் சந்திப்பதை குவியும் பார்வை என்கிறோம்) குழந்தைகளில் குவியும் மாறுகண் தோன்றுகிறது. கிட்டப்பார்வையாளர்கள், தூரத்தில் நன்கு பார்க்க முடியவில்லை என்று குறைகூறுகிறார்கள். இத்துடன் சிலர் (மிகையான மையோபியா கொண்டவர்கள் அல்லது அவன் சிக்கல் வகைகள் உள்ளவர்கள்) பார்வையில் இருக்கும் சிரமங்கள் பற்றிக் கூறுகிறார்கள்.

ஒளிவிலக்கு வகையில் காணப்படும் நோய்நிலைகளில் தூரப் பார்வை ஒன்றாகும். பொதுவாக எல்லாக் குழந்தைகளும் ஹைபர் மெட்ரோபியாவுடன் (தூரப்பார்வை) பிறக்கிறார்கள். சிலர் பிறவியிலேயே கிட்டப்பார்வையுடன் பிறக்கின்றனர். உயிரினம் நன்கு வளர்ச்சியடைந்ததும் கண்ணும் வளர்ச்சி யடைந்ததால் கிட்டப் பார்வையாளர்கள் சகஜ பார்வையாளர்களாகி விடுகின்றனர். சிலர் கிட்டப்பார்வை பெறுகின்றனர்; அல்லது தூரப்பார்வையாளர்களாக இருந்துவிடுகின்றனர்.

கிட்டப்பார்வையும், அதன் மிகையானவகையும் கண் இருசின் அசாதாரண நீளத்துடன் இணைந்துள்ளது. கீழ்வரும் சில குறிப்பிட்ட பாதகமான சூழ்நிலைகளின் குழந்தைகளுக்கு மையோபியா தோன்றுகிறது: பணியின் போது போதாத வெளிச்சம், புத்தகத்தை மிகப் பக்கத்தில் வைத்துக்கொண்டு படித்தல், மேசைகளின் சீரற்ற அமைப்பு, மிகையான பிரயாசை, நியதிக்கு ஒவ்வாத படிப்பு முறை, முடக்குவாதம் போன்ற தொற்றும் நோய்களுக்குப் பிறகு சிலருக்குக் கிட்டப்பார்வை (மையோபியா) தோன்றுகிறது. வயிற்றுப் பூச்சிகள் மற்றும் குறைந்த அல்லது பற்றாக்குறை வைட்டமின் நோய்கள், காசநோய் நச்சுநிலைகள், நாட்பட்ட டான்சில் அழற்சி இன்னபிற நோய்களின் பின்னர், சிலர்கிட்டப்பார்வை நோயாளிகளாக மாறுகின்றனர். பள்ளி ஆண்டுதுவங்கு முன்னரே எல்லாக் குழந்தைகளின் கண்கள் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். பார்வைக் குறைவு உள்ளவர்கள் கண்நோய் நிபுணரிடம் அனுப்பப்பட்டு உரிய கண்ணாடிகள் அணிய ஏற்பாடு செய்யவேண்டும். குழந்தைகள் சரியான கண்ணாடிகள் அணிவதையும் உடல் நல ஊக்குவிப்பு முறைகளைப் பின்பற்றுவதையும் கண்காணிக்க வேண்டியது டாக்டர்கள் மற்றும் பள்ளி ஆசிரியர்கள், பெற்றோர்கள் ஆகியோரின் கடமையாகும். பள்ளிகளில் உரிய பொதுச் சுகாதார உடல்நலமுறைகள் பின்பற்றப்படவேண்டும். இவை அனைத்தும் கிட்டப்பார்வையைத் தவிர்ப்பதற்கும் அதன் மிகத் தீய வகை உருவாவதைத் தடைசெய்யவும் மிகவும் முக்கியமானது.

இத்தகைய வகைகள் வருமாறு: பார்வைக் கூர்மை படிப்படியாகக் குறைவது, சரியான கண்ணாடிகள் பொருத்தப்படாமை, அடிக்கடி சக்தி வாய்ந்த வில்லைகளுக்கு மாற்றம் செய்வது. மேற்கூறிய நிலை கண்ணின் உட்பகுதியில் பெருமளவிலான மாற்றங்கள் உண்டாவதால் ஏற்படுகின்றன. இத்தகைய மாற்றங்களாவன: விழிவெண்படலம் மற்றும் கோராய்டு, விழித்திரை ஆகியவை விரிவடைவது, விழித்திரை தமனிகளிலிருந்து இரத்தப்பெருக்கி, விட்ரியஸ் அங்கத்தில் மிதக்கும் மந்தப் பொருள்கள்; விழித்திரை மற்றும் கோராய்டில் தோன்றும் அழற்சி மாற்றங்கள்; சிலபோது விழித்திரை கிழிந்து பட்டு தொடர்பற்று இருக்கிறது.

கிட்டப்பார்வையாளர்கள் தூரத்திலுள்ள பொருட்களைப் பார்க்க முடிவதில்லை. புத்தகங்களை மிக அருகில் கொணர்ந்து படிக்க வேண்டியுள்ளது. இதனால் குழந்தைகளின் உட்புற நீள் தசைகள் சோர்வடைகின்றன. இதன் விளைவாக விலகிய மாறுகண் தோன்றுகிறது. கண் நிபுணரின் பரிந்துரைப்பைப் பொறுத்து, கிட்டப்பார்வையை சரி செய்யும் கண்ணாடிகள் அணியப்படுகின்றன. இதனால் மாறுகண் உண்டாவது தடைபடுகிறது அல்லது மாறுகண் சீரடைகிறது. கண்ணாடிகள் அணிவதன் மூலம் கிட்டப்பார்வை மோசமடைவதை தடை செய்யலாம். உடலுக்கு வலுவூட்டும் முறைகளை, கண் நிபுணரின் அறிவுரைப்படி கையாள வேண்டும். வைட்டமின்கள் மற்றும் கால்சியம் குளோரைடு திசுத் தயாரிப்புகள், வயிற்று



படம் 144. பரிசோதனைக்கான, பார்வை வில்லைகள் கொண்ட ஒரு பெட்டி

பூச்சி எதிர் சிகிச்சை, கண்ட மாலைக்கான சிகிச்சை ஆகியவை சிபார்சு செய்யப்படுகின்றன. நிம்மதியான தூக்கம் அளிப்பது, வழக்கமாக உலாவக் கூட்டிச் செல்லுதல், இடை இடையேயான பொழுது போக்குடன் படிப்பு ஆகியவை மிகவும் அவசியமாகும். தொற்றும் நோய்களால் பாதிக்கப்பட்ட கிட்டப்பார்வையுள்ள குழந்தைகளுக்கு சிறப்பான கவனம் அளிக்கப்படவேண்டும். அத்தகைய குழந்தைகள், சீரடைந்தவுடன் விட்டுப்போன பாடங்களைப் படிப்பதற்காக மிகுந்த பிரயாசை எடுத்துக் கொள்கின்றனர். உண்மையில், அவர்களின் கிட்டப்பார்வை மோசமாகி விடாமல் இருக்க, குறைந்த அளவிலேயே வேலை செய்ய வேண்டும். கிட்டப்பார்வை மோசமடையலாம்; பொதுப்படையான நோய்களாலும் பாதகமான சூழ்நிலைகளாலும் எந்த வயதினரிலும் சிக்கல்கள் தோன்றுகின்றன.

ஒளிவிலக்கலின் தரத்தையும் தன்மையயும் நிர்ணயிக்க, பார்வை வில்லைகள் கொண்ட ஒரு பெட்டி தேவைப்படுகிறது (படம் 144). இந்தப் பெட்டியில் வில்லைகள் குவி வில்லைகள் (ஒளிக்கதிர்களைச் சேகரிக்க '+' என்ற குறியுடன்), குழிவு வில்லைகள் (ஒளிக்கதிர்களைப் பரவலாக்க '—' என்ற குறியுடன்), உருண்டை வில்லைகள் எல்லாம் இருக்க வேண்டும்.

நோயாளிக்கு சிறந்த பார்வை அளிக்கும் வகையில் கண் வில்லைகள் தெரிந்தெடுக்கப்பட வேண்டும். அத்துடன் ஒளி விலக்கலின் தன்மையையும் நிர்ணயிக்கலாம். ஏனெனில் குவிவில்லைகள் தூரப் பார்வையைச் சரிசெய்யும். குழிவு வகைகள் கிட்டப்பார்வையையும், உருண்டை வில்லைகள் அஸ்டிக்மாடிசத்தையும் சீர் செய்கின்றன. ஒவ்வொரு கண்ணின் பார்வைக் கூர்மையைத் தனித்தனியாக நிர்ணயித்த பின்னர், கண் வில்லைகள் தெரிந்தெடுக்கப்படுகின்றன. உள்ளங்கையாலோ அல்லது ஒரு அட்டையாலோ ஒரு கண்ணை மூடிக் கொண்டு, 0.5 D குவி வில்லை மற்றொரு கண்ணின் முன்னால் இடப்படுகிறது. குவிவில்லையை அகற்றி அதே சக்தியுள்ள குழிவில்லையை இட்டு, இரண்டில் எது பார்வையை சீர்படுத்துகிறது என நிர்ணயிக்க வேண்டும். பின்னர் இன்னும் சக்தி வாய்ந்த வில்லைகளை இட்டு எதில் அதிகமாக பார்வைகூர்மை ஏற்படுகிறது என்பதை நிர்ணயிக்க வேண்டும். பல சமயங்களில் பார்வைக்கூர்மை சகஜ நிலைக்கு அதாவது 1.0 கொண்டுவரப்படுகிறது. உருண்டை வில்லைகளைத் தெரிந்தெடுப்பது மிகவும் சிக்கல் வாய்ந்தது. அதைத் தொடர்ந்து, அஸ்டிக்மாடிசத்தை நிர்ணயிக்க சிறப்பான புறவய முறைப் பரிசோதனைகள் செய்யப்பட வேண்டும்.

1% ஹோமோட்ரபின் அல்லது 1% அட்ரபின் கரையம் கொண்டு தக அமைவை தவிர்த்த பின், ஸ்கயாமெட்ரி கொண்டு, ஒளி விலக்கலை குழந்தைகளில் தீர்மானிக்க வேண்டும். இதன் பின்னர் கண்ணாடி வில்லைகள் கொண்டு பார்வை சரிசெய்யப்படுகிறது.

பிரஸ்பையோபியாவைத் தவிர்க்க, வயது முதிர்ந்தவர்கள் மிக வும் நெருக்கமாக வைத்துப் படிக்க கண்ணாடி வில்லைகள் தெரிந் தெடுக்கப்படுகின்றன. முதலில் பார்வைக்கூர்மை தீர்மானிக்கப்படு கிறது. உரிய லென்சுகள் கொண்டு ஒளி விலக்கல் தீர்மானிக்கப்படு கிறது. பின்னர் உரிய கண் வில்லைகள் அளிக்கப்படுகின்றன. 40 வயதுக்கு +1.5 டா.ம், 50 வயதுக்கு +2.0 டா.ம், 55 வயதுக்கு +2.5 டா.ம், 60 வயதிற்கு +3.0 டா.ம் அதற்கு மேல் +3.5 டா.ம் தேவைப் படுகிறது. (இங்கு 'டா' என்பது டயாப்டரைக் குறிப்பிடுகிறது. மொ-ர்) இது தவிர தூரப்பார்வையாளர்களுக்கு ஒளிவிலக்கல் சக் திக்கு அதிகமாகவே வில்லைகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. உதாரண மாக, 50 வயது நபருக்கு, 1.0 டா தூரப்பார்வையுடன், படிப்பதற்கு +3.0 டா வில்லைகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. சகஜ சலையாளர் போன்று +2.0 டா கொடுக்கப்படக்கூடாது. ஒளி விலக்கு சக்திக்கு அதிகமானதைக் கணக்கில் கொண்டு கிட்டப்பார்வை உள்ளவர் களுக்கு வில்லைகளின் சக்தி குறைக்கப்படுகிறது. நிரந்தரமான —5.0டா குழிவில்லை கொண்ட நோயாளி 50 வயதில்—3.0 டா கண்ணா டியால் எளிதில் படிக்க முடியும். ஒருவனது பார்வைக் கூர்மையைப் பொறுத்து குறுகிய தூரத்தில் கண்ணாடி கொண்டு படிக்க முடிகின்ற நோயாளியைக் கொண்டு சரியான வில்லைகள் தேர்ந்தெடுக்கப்படு கின்றன.

குறிப்பிட்ட சில தொழில்களுக்கும், மருத்துவப் பரிசோதனைக் கும் ஒளிவிலக்கலைத் தீர்மானம் செய்து, கண்ணாடி வில்லைகளைத் தெரிந்தெடுப்பது மிகவும் அவசியமாகும்.

நோயாளியைப் பரிசோதிக்கும் முறைகள்

குறிப்பிட்ட நோய்களின் சிறப்பு அறிகுறிகள் உள்ளனவா என நோயாளியின் கோளாறுகளிலிருந்து தெரிந்து கொள்வதுடன் பரி சோதனை துவங்குகிறது. உதாரணமாக, கண்ணில் வலி, கண்ணீர் வடிப்பு, ஒளிக்கூச்சல் ஆகியவை கண்ணின் முன்பகுதியின் (விழித் திரை, கருவிழிப்படலம், சிலியரி அங்கம்) நோய்களில் தோன்று கின்றன. வில்லை மங்கலடையும் (கண்புரை), படிப்படியாக பார்வை இழப்பு தோன்றுகிறது. கோராய்டு, விழித்திரை, பார்வை நரம்பு ஆகியவற்றின் நோய்களிலும், முற்றி வரும் கிட்டப்பார்வை, எளிய கிளாகோமா இன்னபிறவற்றிலும் பார்வை இழப்பு உண்டாகிறது.

விழித்திரை இரத்த நாளங்களின் திடீர் அடைப்பிலும் (இரத்த உறை துகள், உறைகட்டி, சுருக்கம்) மஞ்சட்புள்ளியில் ஏற்படும் சில மாற்றங்களிலும் (குருதிப் பெருக்கு, தீவிர அழற்சி நிகழ்வு), பார்வை நரம்பின் மாற்றங்களிலும் (இரத்தச் சுழற்சிக் கோளாறு கள் அழற்சி முதலியன), திடீரென்று வலியற்ற பார்வை இழப்பு தோன்றுகிறது.

கிளாகோமாவின் திடீர் தாக்குதலின்போது திடீர் பார்வை இழப்பு தோன்றி கண்ணில் வலி, அதே பக்கத் தலையில் வலி, குமட்டல், வாந்தி ஆகியவையும் உண்டாகின்றன.

நோயாளி எத்தனை காலம் அவதிப்பட்டான்; நோய் எவ்விதம் தோன்றியது; (தீவிர, நாட்பட்ட), அதன் உத்தேசமான காரணம்; கொடுக்கப்பட்ட சிகிச்சை, அதன் விளைவு, ஆகியவை பற்றித் தெரிந்து கொள்வது அவசியமாகும். கண்ணில் ஏதாவது அடிபட்டதா; தொற்றும் வியாதி கொண்டவர்களுடன் (டிரகோமா, இமை இணை அழற்சி) தொடர்பு உண்டா; நோயாளியின் பொது நலம்; கடந்த காலத்தில் அவனுக்கு ஏற்பட்ட நோய்கள், தற்போதைய நோயின் நிலை, ஆகியவை பற்றியும் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். வேறு பல பொது உடல் வியாதிகளால் கண் வியாதிகளும் தோன்றலாம் என்பதை நினைவில் கொள்ள வேண்டும்.

நோயை ஊக்குவிக்கும் அல்லது நோய்க்குக் காரணமான தொழில் வழி முறைகளையும், வாழ்க்கைத் தரத்தையும் நோயாளியிடம் கேட்டுத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். உதாரணமாக, ஒளியின் பிரகாசமான வெளிச்சத்திலிருந்து கண்களைப் போதிய அளவில் பாதுகாக்காத போதும் (மின்பற்றவைப்பு, எஃகு உருக்கல், உலோகத் தகடுகள் உற்பத்தி முதலியன), செய்தொழிலுடன் இணைந்து மிகையாக தூசியும் துகள்களும் உண்டாக்கும் போதும் (மாவுமில், புகையிலை தொழிற்சாலை), நாட்பட்ட இமை இணை அழற்சி உண்டாக்க வாய்ப்புகள் உள்ளன. உடற்பிரயாசையால் சோர்வு, சுற்றுப்புற தட்பவெப்பநிலையில் திடீர் மாற்றங்கள், நரம்பு சார்ந்த உளைச்சல், கடந்தகால நோய்கள் ஆகியவை கண்ணுள் அழுத்தத்தை அதிகரித்து கிளாகோமா நோயை உண்டாக்கலாம்.

நோயாளியைப் பரிசோதிக்கும்போது பல்வேறு வகையான மருத்துவ, ஆய்வகப் பரிசோதனைகள் செய்வது மிகவும் அவசியமாகும். மருத்துவத்தின் மற்ற பல சிறப்பு நிபுணர்களை கலந்தாலோசிக்க வேண்டிய சந்தர்ப்பங்களும் உண்டு.

நோயாளியின் கண்களைப் பரிசோதிக்கும் முன்னர் அகவயமாகப் பார்வைக் கூர்மையையும் ஒளி விலக்கலையும் நிர்ணயிக்க வேண்டும். தேவைப்படும்போது பார்வைத் தளம், வண்ணப்பார்வை, மற்றும் பல பணிகளும் சோதித்துப் பார்க்கப்பட வேண்டும்.

உடற்கூறு இயல்படியான ஒரு சீரான முறையில் கண்களும் அதன் துணை உறுப்புக்களும் சோதிக்கப்பட வேண்டும். இதன்மூலம் நோய் நிர்ணயத்திற்குத் தேவையான எந்த அறிகுறியையும் நாம் விட்டுவிட மாட்டோம். சுகாதாரமான கண்ணில் துவங்கி, இரண்டு கண்களும் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும்.

கண் கோளத்தின் சரியான நிலை சரிபார்க்கப்படுகிறது. அசாதாரண துருத்தம் (எக்ஸாப்தால்மோஸ்); கண் குழிவினுள் கண் கோளம்

அசாதாரணமாக உட்சென்றிருப்பது (ஈனாப்தால்மஸ்); கண் கோளப் இடம் பெயர்ந்திருப்பது; கண்ணின் அசைவுநிலை; கண்குழிவைச் சுற்றியுள்ள தோலின் நிலை (சிவந்த தோற்றம், வீக்கம்) முதலியன.

கண்ணிமைகளின் பரிசோதனை. சருமத்தின் நிலை, கண்ணிமைகளின் விளிம்புகள், கண்ணிமை மயிரின் வளர்ச்சி, கண்ணிமைகளின் நிலை (இமை உள்ளிறக்கம், இமை வெளி இறக்கம்), இமை இடைப் பிளவின் அகலம் (ரைமா பல்பெப்பரராரம்), ஒளிக்கூச்சம், இமைகளின் சுருக்கம், கண்ணீர் வடிப்பு ஆகியவற்றை பரிசோதகர் கவனிக்க வேண்டும்.

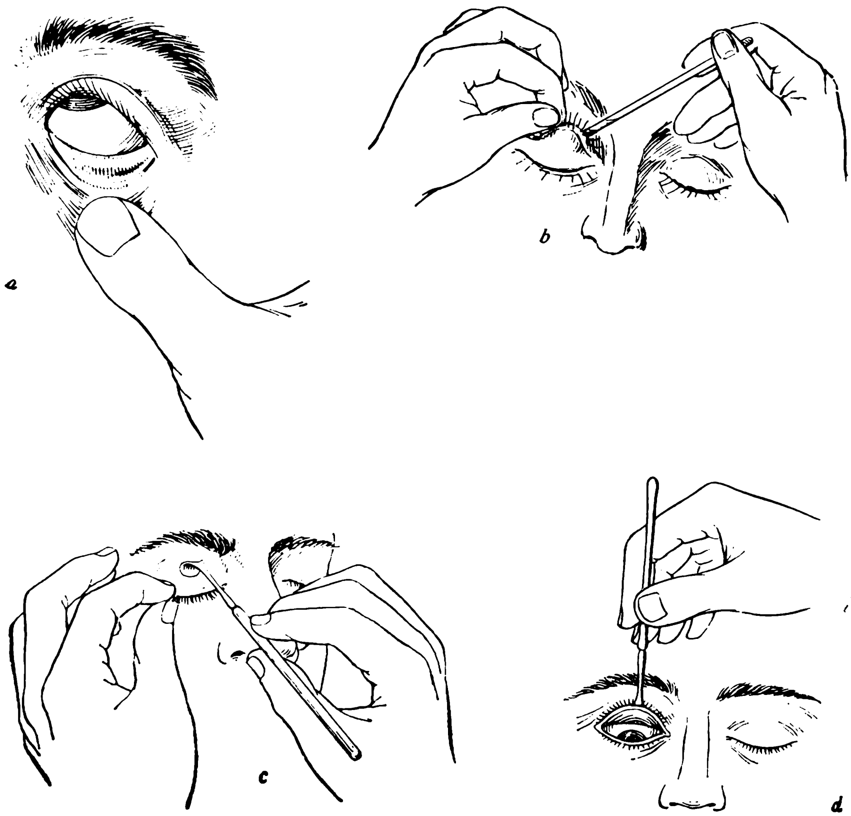
இமை இணைப்படலத்தின் சோதனை. இமை இணைச் சவ்வைப் பரிசோதிக்க கண்ணிமைகளை வெளிப்புறமாகப் புரட்ட வேண்டும் (வெளிப்புறமாகத் திருப்புதல்). கீழ் இமையை கீழ் நோக்கி இழுக்க வேண்டும். கண் குழிவின் எலும்புப் பகுதியை ஒட்டி, அதை அழுத்த வேண்டும். நோயாளியை மேல் நோக்கிப் பார்க்கச் சொல்ல வேண்டும் (படம் 145a). மேல் இமையை வெளிப் புறமாகத் திருப்ப, நோயாளி கீழ் நோக்கிப் பார்க்கிறான். அதன்போது சோதனையாளர், கண்ணிமையின் விளிம்பை, தனது வலது கையின் கட்டைவிரல், ஆள்காட்டி விரல் கொண்டு கீழே இழுக்கிறார். சோதனையாளர் தனது இடது கட்டைவிரலால் குருத்தெலும்பை அமுக்குகிறார் அல்லது இமை விளிம்பிலிருந்து 8—10 மி.மீ தூரத்தில் ஒரு கண்ணாடிக்குச்சியைக் கொண்டு அழுத்துகிறார் (படம் 145b). இமை வெளிநோக்கி திருப்பப்படுகிறது. கண் குழிவின் விளிம்பில் அழுத்தப் படுகிறது. அதன் பின்னர், மேற்புற இமை இணைப்படலத்தின் ஃபார்னிக்சைப் பரிசோதிக்க வலது கை விரல்களை கீழ் இமையின் மேல் வைத்து கண் கோளத்தை அழுத்த வேண்டும். இமையை, மேல் இமை கீழாக அசைக்க வேண்டும். இடது கையால் மேல் இமை இழுக்கப்பட்டு, கண்குழிவின் விளிம்பில் அழுத்தப்பட வேண்டும். படம் 145c,d ல் காட்டியபடி, ஒரு இமை தூக்கியைப் பயன்படுத்தி இமையை வெளிப்புறமாகத் திருப்ப வேண்டும். கண் இமைகளைம. மிருதுவாகவும், கவனமாகவும் வெளியே திருப்ப வேண்டும். கண் கோளத்தை அனாவசியமாக அழுத்தக் கூடாது. குறிப்பாக, விழிபளிங்கு படலம் குறைபாடுகள் கொண்டிருந்தால் (புண், காயம்) கவனமாக இருக்க வேண்டும். ஏனெனில் விழிபளிங்கு படலம் கிழிபடலாம்.

இமை இணைச் சவ்வின் வெளிப்பாடு மிகையாக இருந்தால், முதலில் அதைத் துடைத்து, இமை இணைச் சவ்வுப்பையை தொற்று நீக்கி கரையம் கொண்டு சுத்தம் செய்ய வேண்டும். பின்னர் இமைகளை வெளிப்புறமாகத் திருப்ப வேண்டும். பரிசோதிக்கப்படும் நபரின் கண்ணுக்குள் சீழ் சென்று விடாமல் தடை செய்யவே இந்த முறை கையாளப்படுகிறது. இத்தகைய நோயாளிகளைப் பரிசோ

திக்கும்போது, பாதுகாப்பு கண்ணாடிகள் அணிய வேண்டும். சிலேட்டுமப் படலத்தைப் பரிசோதிக்கும்போது அதன் வண்ணம், இரத்த நாளங்களின் அமைப்பு, காணப்படும் கொப்புளங்கள், வடுக்கள், வெளிப்பாடு ஆகியவற்றைக் கவனிக்க வேண்டும். இமை இணைச் சவ்வின் வெளிப்பாடு மற்றும் விழி பளிங்கு படலத்தின் புண், கண்ணீர்பையின் அழற்சி ஆகியவை இருந்தால் நுண் கிருமி இயல் பரிசோதனைகள் செய்யப்பட வேண்டும். பார்ப்பதற்கு கண்கள் நன்றாக இருந்தாலும் கூட (அறுவை சிகிச்சை தயாரிப்புக்கு) இமை இணைச் சவ்வில் கிருமிகள் உள்ளனவா என்பதை நிர்ணயிக்க மேற்கூறிய பரிசோதனைகள் செய்வது நல்லது. சாராய விளக்கின் சுவாலையில் தொற்று நீக்கப்பட்ட ஒரு பிளாட்டினம் வளையம் கொண்டு இமை இணைச் சவ்வு மற்றும் விழிபளிங்குப் படலம், கண்ணீர் பையிலிருந்து வெளிப்படும் சீழை அழுத்தி, ஒரு தொற்று நீக்கப்பட்ட கண்ணாடித் தகட்டில் பூச வேண்டும். இந்தக் கண்ணாடித் தகட்டை தலை கீழாகப் பிடித்து விளக்கின் சுவாலையில் காட்டி பூச்சைப் பதிய வைத்து ஆய்வகத்திற்கு அனுப்ப வேண்டும்.

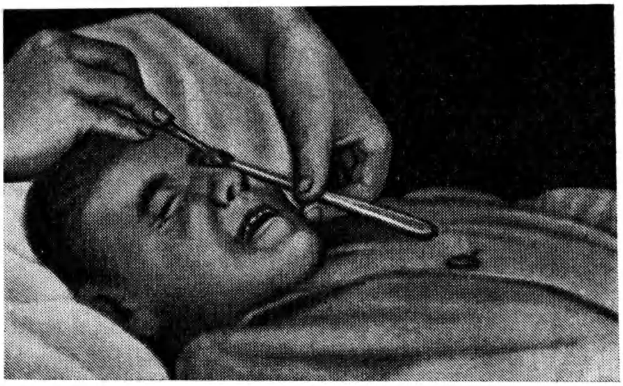
தீவிர இமைச் சுருக்கத்தால் பாதிக்கப்பட்ட குழந்தைகளில், கண் கோளத்தின் முன்புறப் பகுதியைப் பரிசோதிக்கும்போது கண் இமைதூக்கியைப் பயன்படுத்த வேண்டும். குழந்தையின் தாயோ அல்லது செவிலியரோ குழந்தையைத் தனது முழங்காலில் அமர்த்தி, கைகளை ஒரு கையாலும், தலையை மற்றொரு கையாலும் பிடித்துக் கொள்ள வேண்டும். குழந்தையின் கால்களை, வயது வந்தவரின் முழங்கால்களுக்கிடையே அமுக்கிக் கொள்ள வேண்டும். மருத்துவர் இமை தூக்கியை மேல் இமையின் அடியில் செலுத்துகிறார். சிடுசிடுப்பான ஒரு குழந்தையை மல்லார்ந்து படுக்கவைக்க வேண்டும். மருத்துவர், குழந்தையின் தலையை தனது முழங்கால்களுக்கு இடையேயும், தாயார் குழந்தையின் கைகளையும் கால்களையும் பிடித்துக் கொள்ள வேண்டும் (படம் 146).

கண்ணீர் பாதைகளின் பரிசோதனை. இமைகளின் தோலின் நிலையையும், கண்ணை நோக்கி உள்ள கண்ணீர்ப்பை நுழை வாயிலின் நிலையையும் கவனிக்க வேண்டும், கீழ்க்கண்டவற்றைப் பரிசோதகர் கவனிக்க வேண்டும்: கண்ணீர் தேக்கத்தின் அறிகுறிகள், கண்ணீர் சுரப்பு, கண்ணீர் பையை அமுக்கினால் கண்ணீர் பை நுழை வாயிலிருந்து சீழோ சீதமோ வருதல். கண்ணீர் கால்வாயின் உறிஞ்சும் திறனையும் கண்ணீர் பாதைகளின் திறந்த நிலையையும் சரிபார்க்க, இமை இணை படலத்தின் பையினுள், ஒன்றிரண்டு சொட்டுக்கள் 2% கொல்லாய்டு வெள்ளிக் கரையத்தை இட வேண்டும். ஐந்து நிமிடங்களுக்குள் கண்ணீர் கால்வாயால், இடப்பட்ட சொட்டுகள் கிரகிக்கப்பட வேண்டும். சகஜ நிலையில், கண்ணீர் பையை இலேசாக அழுத்தினாலோ கண்ணீர் பை நுழைவாயிலிருந்து



படம் 145. இமை இணைப்படலத்தின் பரிசோதனை
a) கீழ் இமையை வெளிப்புறமாகத் திருப்பல்; b) மேல் இமையை வெளிப்புறமாகத் திருப்பல்; c, d) இமை தூக்கி கருவி கொண்டு மேல் இமையை வெளிப்புறமாகத் திருப்பி ஆராய்தல்

கொல்லாய்டு வெள்ளியின் மாநிற ஒரு சொட்டு வெளிப்படுகிறது (நேர்மறை நுழைவாயில் சோதனை). 10 நிமிடங்கள் கழித்து, மூக்கைச் சிந்தினால் கொல்லாய்டு வெள்ளிக் கரையத்தின் சொட்டுக்கள் வெளிப்படுகின்றன (நேர்மறை மூக்கு சோதனை). பரிசோதிக்கப்படவேண்டிய கண்ணின் பக்கத்திலுள்ள கீழ்புற மூக்குத்துளையினுள் ஆழமாக ஒரு பஞ்சு அடைப்பானை திணிக்க வேண்டும். அடைப்பாலும், கொல்லாய்டு வெள்ளியால் தோய்ந்து விடுகிறது. பரிசோதனைகளின் முடிவுகள் தாமதமானால் அல்லது எதிர்மறை முடிவு வெளிப்பட்டால், டாக்டர் சிறப்புப் பரிசோதனைகளைச் செய்ய வேண்டும்: நீர் பாய்ச்சல், துழாவல், கண்ணீர் பையின் எக்ஸ் கதிர் பரிசோதனை, இமை இணைப்பையினுள் 0.25% டெட்ராகைன்

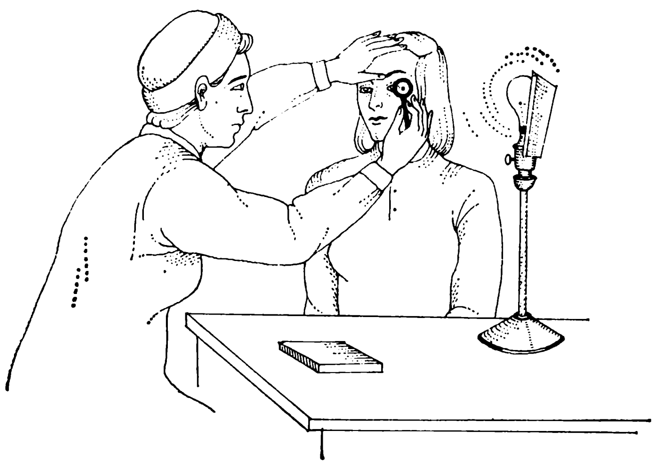


படம் **146.** கண்ணின் தூக்கிகள் கொண்டு இமை இடைப்பிளவைத் திறந்து கண்களைப் பரிசோதித்தல்

கரையத்தை மூன்று தடவை உட்சொட்டிட்டபின், நீர்பாய்ச்சல் முறை கையாளப்பட வேண்டும். கண்ணீர் பையின் கீழ்ப்புற நுழைவாயிலை அகலப்படுத்த உருளை வடிவ துழாவி பயன்படுத்தப்படுகிறது. பின்னர் மழுங்கலான துளைக்கருவியையோ அல்லது சிரிஞ்சின் ஒரு ஊசியையோ உட்செலுத்த வேண்டும். அதேபோது உடலியங்கியல் உப்புக் கரையத்தையோ அல்லது எதிர் உயிர் மருந்துகளின் கரையத்தையோ கண்ணீர் பையின் நாளங்களுக்குள் செலுத்த வேண்டும். நாளங்கள் திறந்திருந்தால், திரவம் மூக்கினுள் வருகிறது. நாளங்கள் இறுகலாக இருந்தால், திரவம் சொட்டுச் சொட்டாக வெளிப்படுகிறது. நாளங்கள் அடைபட்டிருந்தால், திரவம் கண்ணீர் பை மேற்புற நுழைவாயில் வழி வெளிப்படுகிறது.

கண்ணின் முன்பகுதியைச் சோதித்தல். நடுவிலகிய அல்லது குவிந்த ஒளி வீச்சு மூலம், இருட்டறையில், கண்ணின் முன்பகுதி பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். பரிசோதிக்கப்பட வேண்டியவரின் கண்களின் மட்டத்தில் ஒளிக்கதிர்கள் இருக்க வேண்டும்; இடது புறமாகவும் முன்புறமாகவும் இருக்க வேண்டும். கண்ணின் பக்கத்தில், குவி மையத்தூரத்தில் இருபுற குவிந்த பெரிதாகக் காட்டும் வில்லை கொண்டு, ஒளிக்கற்றையை விழிபளிங்குப் படலத்தில் பட அமைக்க வேண்டும். படம் **147** இல் காட்டியபடி நோயாளியின் கண் பரிசோதிக்கப்படுகிறது. இரு கண் வில்லை கொண்டோ அல்லது பெரியதாகக் காட்டும் மற்றொரு வில்லை கொண்டோ (இணைப்பு முறை) கண்ணை உடனடியாகப் பரிசோதிக்கலாம். இருண்ட அறையில் கண்ணின் மீதான பிரகாசமான ஒளி வீச்சல் மூலம் விழிபளிங்கு படலம் மற்றும் கருவிழிப் படலம், வில்லை (சிறிய அயற்பொருள்கள் உட்பட) ஆகியவற்றில்

காணப்படும். மாற்றங்களைத் தெரிவது சுலபமாகும். பரிசோதனையின்போது விழிபளிங்குப் படலத்தின் வடிவம் மற்றும் பரப்பு, ஒளிபுகும் தன்மை ஆகியவற்றின் மீது கவனம் செலுத்தப்பட வேண்டும். பஞ்சுத் துண்டின் மெல்லிய இழைகள் கொண்டு அதன் கூருணர்வுத் தன்மையை முதலில் சகஜமான கண்ணிலும், பின்னர் பாதிக்கப்பட்ட கண்ணிலும் ஒப்பிட்டுப் பார்க்க வேண்டும்.

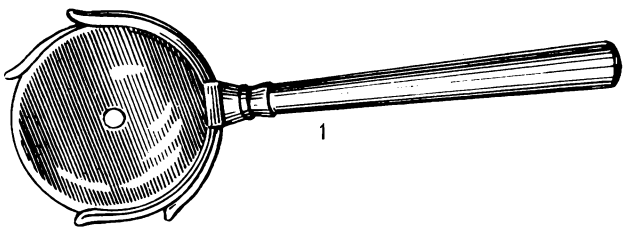


படம் 147. பக்கவாட்டு அல்லது குவிந்த ஒளிவீச்சில் பரிசோதனை

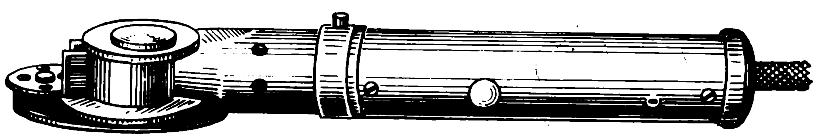
சகஜமான விழிபளிங்குப் படலத்தில், கண்ணிமைகள் மூடுகின்ற கூருணர்வு அனிச்சை வெளிப்படுகிறது. 2% சோடியம் புளுரோசின் கரையத்தின் (புளுரோசின் சோதனை) ஒரு சொட்டை இட்டால், பாதிக்கப்பட்ட விழி பளிங்குப் படலத்தில் பச்சை வண்ணம் தோன்றுவதைக் கொண்டு விழிபளிங்குப் படலத்தில் உள்ள குறைபாடுகளை (அரிப்பு, புண், தீப்புண்) எளிதில் கண்டறியலாம்.

முன்கண்ட அறையின் ஆழத்தையும், அதன் அடித்தளத்தில் தேங்கியுள்ள திரவம் மற்றும் இரத்தம், சீழ் ஆகியவற்றையும் குவிய ஒளிவீச்சு மூலம் நிர்ணயிக்கலாம். கருவிழிப்படலத்தின் வண்ணம், அமைப்பு மற்றும் கண்பாவையின் அமைப்பு, அகலம், ஒளிக்கான அதன் பிரதிவினை ஆகியவற்றையும் தெளிவாகக் காணலாம். சகஜமான கண்பாவை கருப்பாக உள்ளது. ஆனால் விட்ரியஸ் அங்கத்தில் சீழோ, இரத்தமோ தேங்கியிருந்தால், கண்பாவை பச்சையாக இருக்கிறது. வில்லையின் மங்கிய நிறத்தின் போது (கண்புரை) கண்பாவை சாம்பல் நிறமாக உள்ளது. கண்ணின் முன் பகுதியை, கீற்று விளக்கு (இதற்கென தயாரிக்கப்பட்ட கருவி) கொண்டு பரிசோதிக்கலாம்.

ஒளிபுகு ஊடகங்களை ஆராய்தல். மையத்தில் ஒரு துவாரம் கொண்ட கண் உள்நோக்கியின் உதவியால் வில்லையையும், விட்ரியஸ் அங்கத்தையும் பரிசோதிக்க முடியும் (படம் 148) இருட்ட



1



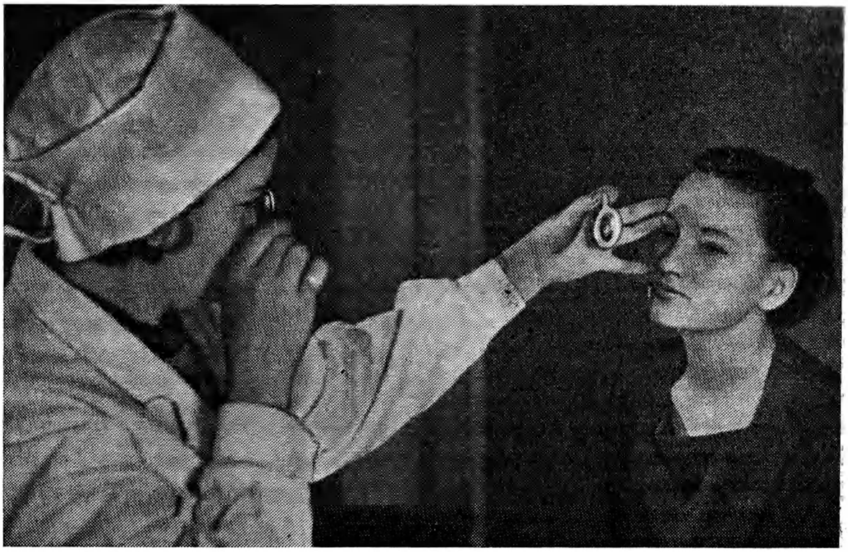
2

படம் 148. கண் உள் நோக்கி
1. எளிய வகை; 2. மின்விசை வகை

றையில் நோயாளி அமர்ந்திருக்கிறான். அவனுக்குப் பின்புறமாகவும், இடதுபுறமாகவும், அவனது கண்களின் மட்டத்தில் ஒளிவிளக்கு வைக்கப்பட்டுள்ளது. கண் பரிசோதகர், கண் உள்நோக்கியை தனது கண்ணின் பக்கத்தில் வைத்து, ஒளியை (புள்ளி ஒளி) நோயாளியின் கண்ணுக்குள் செலுத்துகிறார். உட்கண்ணிலிருந்து ஒளிக்கதிர்கள் பிரதிபலிப்பதால், கண்பரிசோதகர், கண் பாவையின் சிவப்பான ஒளி பிரதிபலிப்பைக் காண்கிறார். இது ''உட்கண் அனிச்சை'' எனப்படுகிறது. சிவந்த கண்பாவையின் பின்னணியில், விழிபளிங்கு படலம் மற்றும் வில்லை, விட்ரியஸ் அங்கத்தின் மங்கிய நிலை, கருமையான புள்ளிகளாகவோ அல்லது கோடுகளாகவோ தெரிகின்றன.

கண் உள் நோக்கி

7.7 செ.மீ குவிமையத் தூரம் கொண்ட நோயாளியின் கண் முன்னால் 13.0 ட (டயாப்டர்) பெரிதுபடுத்திக் காட்டும் வில்லையைக் கொண்டு உட்கோளத்தைப் பரிசோதிப்பதற்கு கண் உள் நோக்கியைப் பயன் படுத்துகிறோம் (படம் 149). கண் உள்நோக்கியின் ஒளிக்கதிர்கள் கண்ணுட்சென்று, உட்கோளத்திலிருந்து பிரதிபலிக்கப்பட்டு, மறுதிசையில் பெரிதுபடுத்திக் காட்டும் வில்லை வழியாகச் சென்று, இதன் முன்னுள்ள குவியத்தில் திரளுகிறது. மாறுதி



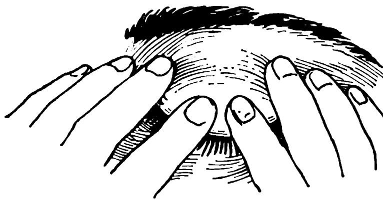
படம் 149. கண் உள்நோக்கிப் பரிசோதனை

சையிலான, பெரிதாக்கப்பட்ட உட்கோள உருவம் (கோராய்டு, விழித்திரை, பார்வை அரும்பு) தெரிகிறது. கண்பாவையின் வழியாக நேரடியாக, எளிய அல்லது மின்விசை கண் உள்நோக்கி மூலம் உட்கோளத்தை, பரிசோதகர், நோயாளியின் கண்ணிற்கு மிக அருகே சென்று பார்க்க முடியும்.

உள்ளுறுப்புகளின் நோய்கள் (இரத்த மிகை அழுத்தம் இரத்த நோய்கள், சிறுநீரக நோய்கள், நீரிழிவு) மற்றும் மத்திய நரம்பு மண்டலத்தின் நோய்கள் (கட்டிகள், அழற்சி நிகழ்வுகள்முதலியன) கண் நோய்கள் ஆகியவற்றின் நோய் நிர்ணயத்திற்கு கண் உள்நோக்கி முறை பெரிதும் உதவுகிறது.

உட்கண் அழுத்தத்தை அளவிடல். கண்குழியின் சுவர்கள் மீதான உட்கண் திரவ அழுத்தம், மற்றும் தந்துகிகளில் உள்ள இரத்த அழுத்தம் ஆகியவற்றைப் பொறுத்து கண்கோள விறைப்பு அமைகிறது. அழுத்தத்தின் ஏற்றத் தாழ்வு, கண்களின் பணிகளைப் பாதித்து, இறுதியில் பார்வை இழப்பில் முடியலாம். உதாரணமாக, உட்கண் அழுத்த அதிகரிப்பு, கிளாகோமாவின் அடிப்படை அறிகுறியாகும். கண்களின் அபாயகரமான நோய்களில் ஒன்று கிளாகோமாவாகும். நோயாளிகளின் சிகிச்சையின்போது, உட்கண் அழுத்தத்தைப் பற்றித் தெரிந்து இருக்க வேண்டும்.

சுகாதாரமான அல்லது பாதிக்கப்பட்ட கண்ணின் கடினத்தன்மையைப் பொறுத்து, தொட்டுப் பார்க்கும் முறை, உட்கண் அழுத்



படம் 150. தொட்டுப் பார்க்கும் முறை மூலம் உட்கண் அழுத்தத்தை நிர்ணயித்தல்

தத்தை நிர்ணயிக்கப் பயன்படுத்தப்படுகிறது. நோயாளி கண்களைமூடிக்கொண்டு கீழே நோக்குகிறான். அதேபோது குருத்தெலும்பிற்கு மேலாக கண் இமைகளில், கண்பார்வையாளர்கள், தனதுஇரண்டு ஆட்காட்டி விரல்களை அழுத்துகிறான். ஒவ்வொரு விரல்கொண்டும் மாற்றி மாற்றி இலேசாக அழுத்துகிறான் (படம் 150). டோனோமீட்டர்கள் போன்ற சிறப்புக் கருவிகள் கொண்டு உட்கண்அழுத்தத்தை அளவிட்டு, மக்களின் முன்காப்புப் பரிசோதனையின் போது, கிளாகோமா நோயைக் கண்டுபிடிக்கலாம். மாக்லகோவின் டோனோமீட்டர் என்பது (படம் 151) பீங்கான் மூடிகள் கொண்ட ஒரு உலோக உருளையாகும். அவற்றின் மீது சாயம் (வடிகட்டிய தண்ணீரும், கிளிசரைனும் கொண்ட 20 சொட்டுகளுக்கு 2 கி. கொல்லாய்டு வெள்ளி) பூசப்பட்டுள்ளது. இது கொண்டு, முத்திரை வில்லைகள் கொண்டு மெத்தை, ஈரமாக்கப்படுகிறது. சோதிக்கப் படவேண்டிய ஒரு நபர் கட்டிலில் படுத்திருக்கிறான். இணை இமைச்சவ்வின் பையினுள், மூன்று தடவைகள் 0.25% டெட்ராகைன் கரையம் உட்சொட்டிடப்படுகிறது. ஒரு சிறப்புக் கைப்பிடியில் எளிதில் நகரும் டோனோ மீட்டர் விழிப்பளிங்குப் படலத்தின் மீது பொருத்தப்படுகிறது. விழிப் பளிங்குப் பலடலத்தைத் தொட்டவுடன் மத்தியிலுள்ள சாயம் கழுவப்படுகிறது. டோனோமீட்டரின் மூடியின் மீது ஒரு ஒளிவட்டல் தெரிகிறது. ஆல்கஹாலில் தோய்க்கப்பட்ட காகிதத்தின் மீது அதன் பதிவு விழுகிறது. மி.மீ பாதரசத்தில் வெளியிடப்படும் ஒரு குறிப்பிட்ட அழுத்தத்திற்கு இணையான, வெள்ளை வட்டத்தின் விட்டம், டோனாமீட்டரில் காணப்படும் அளவுகோலில் அளவிடப்படுகிறது. சகஜமான உட்கண் அழுத்தம் 18—25 மி.மீ. பாதரசமாக இருக்கிறது. அபூர்வமாக 28 மி.மீ பாதரசம் வரை எட்டுகிறது. டோனாமீட்டரின் மூடி, ஆல்கஹாலால் தொற்று நீக்கப்படுகிறது.

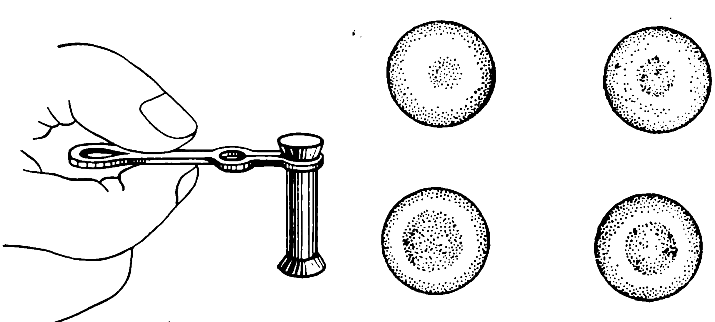
கண்பார்வையாளர் அலுவலகத்திலும், ஒரு கிளினிக்கின் கண் பிரிவிலும் உள்ள கருவிகள்

கண்பார்வையாளரின் அலுவலகம் நன்கு வெளிச்சத்துடனும் 5.5 மீ நீளத்திலும் இருக்க வேண்டும். ஏனெனில் பார்வைக் கூர்மை நிர்ணயிக்கப்படுவதும், கண் வில்லைகளைத் தெரிந்தெடுப்பதும் குறி

யீட்டுப் படலத்தின் 5 மீ தூரத்திலேயே நடைபெறுகிறது. குறியீட்டுப் படம், சாரளத்தைப் பார்த்த சுவரில், வெளிச்சமுள்ள பெட்டியில் தொங்கவிடப்பட்டுள்ளது. நோயாளியின் நாற்காலி அறையின் எதிர்பக்கத்தில் இருக்கிறது. அதனருகே இருக்கும் மேசையில் கண் பார்வைக்கான கண்ணாடி வில்லைகளும் அருகேயிருந்து படிப்பதற்கான சிறிய எழுத்துக்கள் கொண்ட அட்டையும் இருக்கும். அந்த மேசை டாக்டரின் மேசைக்கருகே இருக்க வேண்டும். அதனருகே ஒரு மேசையில் மருந்துகளும் கண்ணாடி பரப்பு கொண்ட மற்றொரு மேசையும் அறுவை நிபுணருக்கென இருக்க வேண்டும். அதிலுள்ள வட்டகையில் சொட்டு மருந்துகளுக்கான குவளைகள், களிம்புகள் கொண்ட ஜாடிகள், கண் குப்பிகள் ஆகியவை வரிசையாக அடுக்கப்பட்டு இருக்க வேண்டும். பிப்பெட்டுகள் கொண்ட குவளைகளில் சொட்டு மருந்துகளைச் சேகரித்து வைப்பது நலம் (படம் 152).

அன்றாடம் பயன்படுத்த வேண்டிய மருந்துகள் மேசையின் மீது இருக்க வேண்டும். அவையாவன: கண்பாவையை விரிவடையச் செய்யும் சொட்டு மருந்துகள்: 0.5—1% அட்ரபின் கரையம்; 0.25% ஸ்கோபோலமைன் கரையம், 1% ஹோமோட்ரபின் கரையம், 1% பிளாடிபைலின் கரையம், 1% பெனாக்டிசின் கரையம், 0.1% அட்ரினலின் கரையம். கண்பாவையைச் சுருங்கச் செய்யும் முகவங்கள்: 1% பைலோகார்பின் கரையம்; 0.02% பாஸ்பகால் கரையம்; 0.25% பைசோஸ்டிக்மின் கரையம்.

உணர்வு நீக்கு முகவங்கள்: 0.25% டெட்ராகைன் கரையம்; **சுருங்கச் செய்வனவும் தொற்று நீக்கிகளும்:** 0.25—1% துத்தநாக கரையங்கள், 0.25% குளோரம்பெனிகால் கரையம், 0.02% நைட்ரோபுரோசோன் கரையம், 2% கொல்லாய்டு வெள்ளிக் கரையம், இதுதவிர 1% ஹைட்ரோகார்டிசான் சஸ்பென்ஷன், 1% மானோமைசீன் கரையம், 2% சொடியம் ஃபுளோரசின் கரையம், சகஜமான உப்புக் கரைசல்



படம் 151. மாக்லகோவின் டோனோமீட்டர் (A), அதைப் பயன் படுத்தியபின் கிடைக்கும் விபரங்கள் (B)

(ஃபுளோரசின் சாயமிட்ட பிறகு கண்ணைக் கழுவ) ஆகியவையும் இருக்க வேண்டும்.

களிம்புகள்: 5% சிந்தோமைசீன் அல்லது லீவோமைசீடின் (குளோரம்பெனிகால்) களிம்பு, 1% மஞ்சள் பாதரச ஆக்ஸைடு களிம்பு (கருமையான குவளைகளில்) 1% கார்டிசோன் அல்லது ஹைட்ரோகார்டிசோன் களிம்பு; டாக்டருக்குத் தேவையான மற்ற மருந்துகள். எல்லாக் குவளைகளும் பெயரிடப்பட்டிருக்க வேண்டும்.

மருந்துகள் தவிர, களிம்புகள் தடவ, தொற்று நீக்கிய கட்டைகள்; மேசை மீது ஒரு கண்ணாடி ஈரமான, தொற்று நீக்கிய பஞ்சு உருண்டைகள் கொண்ட தாம்பாளம், துணிக் கட்டுகள் கொண்ட பெட்டி, தொற்று நீக்கப்பட்ட கருவிகள் கொண்ட தாலம்: சாமணங்கள், கண்ணிமை மடக்கி, விழி பளிங்கு படலத்திலுள்ள அயற் பொருட்களை நீக்க ஊசிகள், தொற்று நீக்கிய பொருளுக்கான சாமணம், பிரில்லியன்ட் பச்சை கொண்ட 1% சாராயக் கரையம், அன்டைன்கள், கண்களைக் கழுவக் கரையங்கள் கொண்ட இரப்பர் பலூன்கள்.

அலுவலகத்தில் பெரிமீட்டர் கொண்ட ஒரு மேசை, டோனாமெட்ரி போன்ற மற்ற ஆய்வுகளுக்காக நோயாளி படுக்கஒரு கட்டில், ஒரு நாற்காலி, பல் வைத்தியர் பயன்படுத்தும் ஒரு நாற்காலி, வெவ்வேறு அறைகள் கொண்ட நிலையறைப் பெட்டி, இதன்வெவ்வேறு அறைகளில் (a) நச்சுப் பொருட்கள் (b) சக்தி வாய்ந்த மருந்துகள், கருவிகள் ஆகியவை சேகரித்து வைக்கப்படும்.

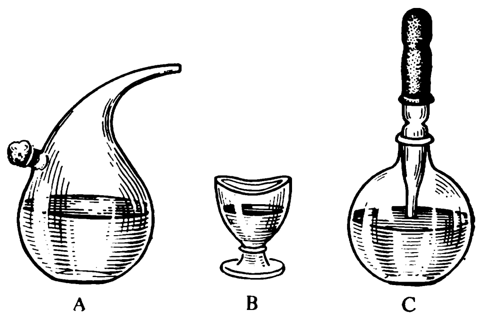
பரிசோதனைக்கான ஒரு இருட்டறை; கருப்பு பெயிண்ட் அடிக்கப்பட்ட பிளைவுட்டால் ஆன ஒரு சிறிய அறை, நீண்ட திரைகள் போட்டு, அறை இருண்டு இருக்க வேண்டும். ஒரு மேசை விளக்கு, இருண்ட அறையில் ஒரு சிறிய மேசை மீது வைக்கப்பட்ட ஒரு கண் உள்நோக்கி, இரண்டு பெரிது படங்காட்டும் லென்சுகள், இரு கண் பார்வை வில்லைகள். கருவிகளும், உபகரணங்களும் (கீற்று விளக்கு, ஒளிவிளக்கு மீட்டர், புரஜக்ஷன் பெரிமீட்டர்) கைக்கு எட்டும் தூரத்தில் இருக்க வேண்டும்.

நோயாளியை உள்ளே அழைக்குமுன்பு, எல்லா வில்லைகளும் உரிய இடத்தில் இருக்கின்றனவா என செவிலியர் சரிபார்க்கவேண்டும். கரையங்கள் கொண்ட குவளைகள் சரியான இடத்தில் இருத்தல் வேண்டும். கரையத்தைக் குலுக்கிய பின்னர், மிதக்கும் அயற் பொருட்கள் காணப்பட்டால், கரையம் கலங்கி இருந்தால், அதைத் தூர எறிந்து விட வேண்டும். சோடா கரையம் கொண்ட குவளைகள், உயால்கள், பிப்பெட்டுகள் ஆகியவை சுத்தம் செய்யப்பட வேண்டும். பின்னர் குழாய் தண்ணீர் கொண்டு சுத்தம் செய்து, வடிகட்டிய தண்ணீர் கொண்டு நிரப்பப்பட வேண்டும். குவளையின்

உச்சி, ஒரு பிப்பெட்டால் மூடப்பட்டு, மின் கருவி கொண்டு கொதிக்க வைக்கப்படவேண்டும்.

சுத்தமாக இருக்க, கண்ணிற்கான சொட்டு மருந்துகள் (எதிர் உயிர் மருந்துகள், அட்ரினலின் நீங்கலாக) தினமும் பல நிமிட நேரங்கள் கொதிக்க வைக்கப்பட வேண்டும். பிப்பெட்டுகள், கீறல் கொண்டோ அல்லது நுனிகள் உடைந்தோ இருக்கின்றனவா எனப் பார்க்க வேண்டும். மருந்திற்கான ஒட்டுவில்லைகளின் சரியானபெயர்கள், தயாரிக்கப்பட்ட தேதி ஆகியவை குவளைகளில் இருக்கவேண்டும். வில்லைகள் ஒட்டப்பட்ட பின்னர், அவை கரையங்களால் நிரப்பப்பட வேண்டும். பல்வேறு சமயங்களில் தயாரிக்கப்பட்ட மருந்துகளைஒன்றாகக் கலக்கக் கூடாது.

ஒரு கரையத்திற்கு பயன்படுத்தப்பட்ட பிப்பெட்டை மற்றொன்றிற்குப் பயன்படுத்தக் கூடாது.கண்பாவையை விரியச் செய்ய அல்லது குறுகச் செய்யப்பயன்படுத்தப்படும் மருந்துகளில் மேற்கூறிய தவறுகள் நேர்ந்தால், விளைவுகள் விபரீதமாக இருக்கும். உதாரணமாக, ஒரு கிளாகோமா நோயாளிக்கு அட்ரபினுக்கு பயன்படுத்தப்பட்ட பிப்பெட்டை உபயோகித்து சொட்டுகள் இடப்பட்டால், கண்பாவை சுருங்குவதற்கு பதிலாக விரியும். இதனால் கிளாகோமா தாக்குதல் ஏற்பட்டு, பார்வை இழப்பில் முடிகிறது. அட்ரோபினின் ஒரு சொட்டு, கிளாகோமா நோயாளியின் இமை இணைச்சவ்வின் பையில் விழுந்தால், பெருத்த ஆபத்தில் முடியும்,



படம் **152.** கண் சிகிச்சையில் பயன்படும் பாத்திரங்கள்
A—அன்டைன்; B— கண்குப்பி, C—பிப்பெட் பொருத்தப்பட்ட உட்சொட்டிடு கருவி

கருவிழிப்படல அழற்சி கொண்ட நோயாளிக்கு, அட்ரோபினுக்குப் பதிலாக கண்பாவையைச் சுருங்கும் முகவங்களையிட்டால் மிகவும் தீங்கு விளையும். இதனால்தான், மேலே குறியிடப்பட்ட மருந்துகள் குறிப்பிட்ட இடங்களில், ஒரு பக்கமாக இருக்க வேண்டும். கண்ணாடிக் குச்சிகளும், கருவிகளும் கொதிக்கும் தண்ணீரில் வைக்கப்படுகின்றன. சொட்டு மருந்துகள் கண்ணில் இடப்படும்போது அல்லது கண்கள் பரிசோதிக்கப்படும்போது, பஞ்சு உருண்டைகள் கொண்டு கண்ணிமைகளின் ஓரங்களைத் துடைக்க வேண்டும். இதைக் கருத்தில் கொண்டு, 30 நிமிடங்களுக்கு ஆக்ஸிசை

யனேட்டின் 1:6000) கொதிக்கும் கரையத்தில் பஞ்சு வைக்கப்பட வேண்டும்: அல்லது தொற்று நீக்கப்பட்ட பஞ்சை 2% போரிக் அமிலக் கரையம் கொண்டு நனைக்க வேண்டும். ஒரு அறுவை முறைக்குச் செய்வதைப்போல, மிகவும் கவனமாகக் கைகளைக் கழுவிய பின்னர், செவிலியர் பஞ்சைக் கிழித்து மிகச் சிறிய துண்டுகளாக ஆக்கி, ஏற்கெனவே கொதிக்க வைக்கப்பட்ட தாம்பாளத்தில் இடுகிறாள். நீளமான மரக்குச்சிகளைச் சுற்றி பஞ்சைக் கட்டி, அவற்றை ஒரு பெட்டியில் இட்டு, தொற்று நீக்குவது நலமாகும். தொற்று நீக்கு திரவத்தில் நனைக்கப்பட்ட பஞ்சு கொண்ட இரண்டு கழிகள் கொண்டு, இமைகள் வெளிப்புறமாகப் புரட்டப்படுகின்றன. கண் பரிசோதனைகள் முடிந்த பின்னர், இமையின் சருமத்தைப் பஞ்சு கொண்டு துடைக்க வேண்டும். கட்டுப்போடுவதற்கு 1 மீ நீளமுள்ள துணைக்கட்டுகள் தயார் செய்யப்பட வேண்டும். கண்ணின் மேல் வைக்கப்பட்ட பஞ்சை இடத்தில் நிலை நிறுத்த 12 செ.மீ நீள ஒட்டுப் பிளாஸ்திரியை உபயோகிக்கலாம்.

மருந்துகள் எழுதுவதற்கான காகிதங்கள், அச்சிடப்பட்ட படிவங்கள், ஆவணங்கள், கணக்குப் பதிவேடுகள், பார்வைத் தளப்படங் கொண்ட காகிதங்கள், டோனாமெட்ரி முடிவுகள் குறிக்கப்பட்ட பதிவேடுகள், அனைத்தும் டாக்டரின் மேசை அருகே இருக்க வேண்டும்.

கண் நிபுணரின் அலுவலகத்தில் பணிபுரியும் செவிலியரின் கடமைகள் வருமாறு: நோயாளிகளைப் பதிவு செய்து வரவழைத்தல், டாக்டரின் அறிவுரைப்படி பரிசோதனைகள் செய்தல் (பார்வைக் கூர்மையை நிர்ணயித்தல், கண்ணாடி வில்லைகளைத் தேர்ந்தெடுப்பதில் உதவுதல்) செயல்முறைகள் (இமை இணைச்சவ்வுக்கு நீர்பாய்ச்சல், கண்களுக்கு சொட்டிடல், களிம்புகள் தடவுதல், டிரகோமா கரணைகளை அமுக்கி அகற்றுதல்) மருத்துவ மனைப் பணியைக் கவனித்தல் (நோயாளிகள் குறித்த நேரத்தில் டாக்டரைப் பார்க்க வந்து, அவரது அறிவுரைகளைப் பின்பற்றுதல்).

கிளினிக்கின் கண் பிரிவு. இத்துறையில் வார்டுகள் மற்றும் துணிக் கட்டுப்போட அறை, ஒருமுன் அறை கொண்ட அறுவை அரங்கு, இருட்டறை, துணை அறைகள் ஆகியவை இருக்க வேண்டும்.

பெரிய மருந்தகங்களில், அறுவை சிகிச்சை பெற்ற நோயாளிகளுக்கென தனி அறைகள், நோயாளிகளைப் பராமரிக்கும் உதவியாளர்களுக்கு வசதியாக இருக்கும். ஓரளவாகச் சாய்ந்து படுக்க வேண்டிய நோயாளிகளுக்கு வசதியாக இருக்கும். ஓரளவாகச்சாய்ந்து படுக்கவேண்டிய நோயாளிகளுக்கு வசதியாக, படுக்கைகள் அமைத்திருக்க வேண்டும்.

கண் நிபுணரின் அறை போன்று, துணிக் கட்டுப் போடும் இடமும் இருக்க வேண்டும். செயல்முறைக்கான சிறப்பு அறை இல்லை

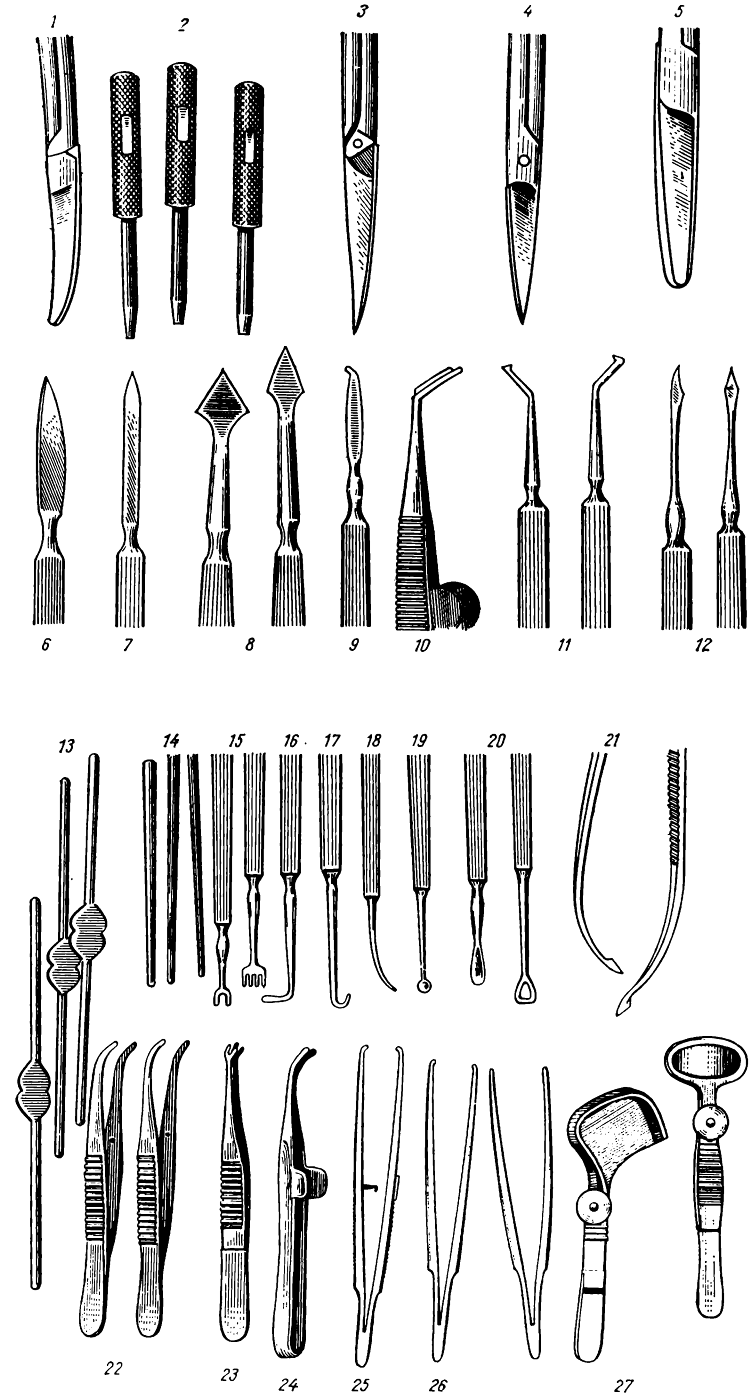
யெனில், இந்த அறையில் ஒரு மேசை போடப்பட்டு, அதில் நோயா ளியைக் கிடத்தி, சிரை வழி உட்செலுத்தல்களைக் கையாளலாம்.

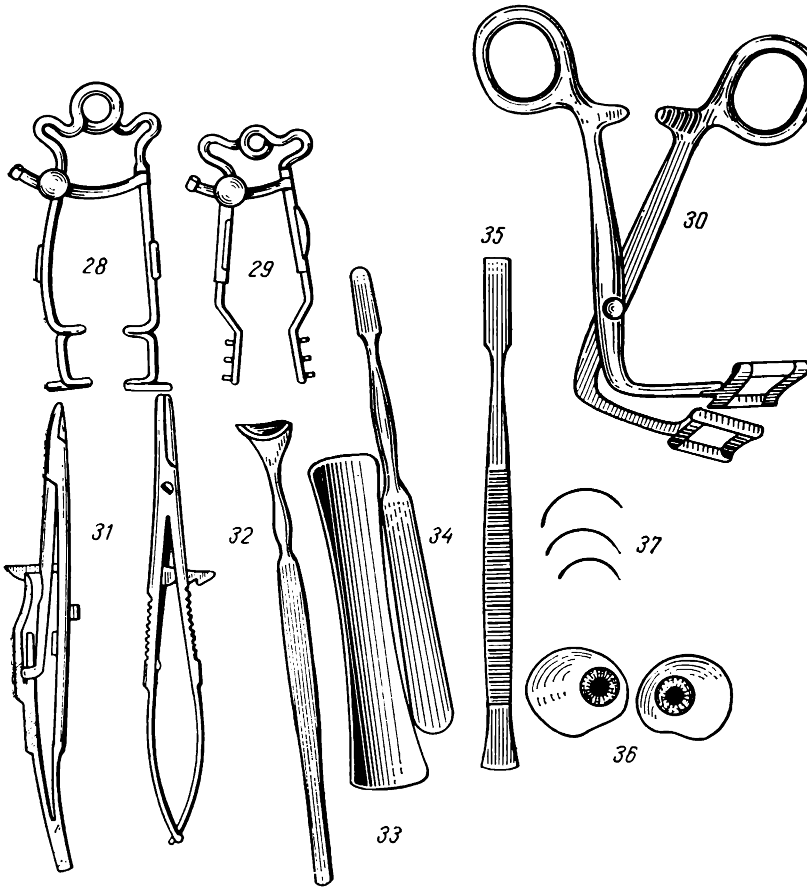
பூட்டுகள் போடப்பட்டதினி மேசைகளின் அறைகளில் நச்சுக் களுக்காகவும் (a), சக்தி வாய்ந்த மருந்துகளுக்காகவும் (b) இடம் ஒதுக்கப்பட வேண்டும். முதல் அறையில் அட்ரபின் மற்றும் ஸ்கோ பலமைன், பைலோகார்பின், பைசோஸ்டிக்மின், மார்ஃபின், ஆம் னோபான், ஆக்ஸிசையனைட் ஆகியவற்றின் கரையங்கள் இருக்க வேண்டும். மற்ற மருந்துகள் பொது அறையில் வைக்கப்படலாம். துணி கட்டுப்போடப்படும் அறையில் கையில் எடுத்துச் செல்லக் கூடிய கயிறு கொண்ட மின்விளக்கு இருக்க வேண்டும். காயங்க ளுக்குக் கட்டுப்போடும் போதும் அறுவை செய்யப்பட்ட நோயாளி களைப் பரிசோதிக்கும் போதும், இந்த விளக்கைப் பயன்படுத்த லாம். இயன் முறை சிகிச்சை அறை இல்லாவிடில், ஒரு சொல்லக்ஸ் விளக்கு, ஒரு நீல விளக்கு (பிரதிபலிப்புடன் கூடியது) மின்பகு ஆராய்ச் சிக் கருவி ஆகியவற்றைப் பயன்படுத்தலாம்.

மேற்கூறியபடி தினமும், அறையையும் கருந்துகளையும் தயார் நிலையில் வைத்திருக்க வேண்டும். இரண்டு வகையான மருந்துகள் (அறுவைக்குப் பின் நோயாளிக்கு மருந்துகள்), மருந்து மேசையில் இருக்க வேண்டும்.

காலையில் துணிக்கட்டுகளை டாக்டரும், செவிலியரும் மாற்ற வேண்டும். படுத்த படுக்கையாக இருக்கும் நோயாளிகளுக்கு முக்கியத் துவம் கொடுக்க வேண்டும். தொற்று நீக்கப்பட்ட மருந்துகள் கொண்ட தாம்பாளம், கட்டுத்துணிகள் கொண்ட ஒரு பெட்டி, ஒரு மின்விளக்கு ஆகியவை கூடங்களுக்கு எடுத்துச் செல்லப்பட வேண் டும். செவிலியர் பழைய கட்டை அவிழ்க்கிறாள்; டாக்டர் நோயாளி யின் கண்ணிலிருந்து வலைத்துணியையும் பஞ்சையும் அகற்றுகிறார். தொற்று நீக்க மருந்தில் தோய்க்கப்பட்ட பஞ்சால் இமைகளின் விளிம்புகளைத் துடைக்கிறார். இமை இடைப்பிளவைத் திறக்கிறார். செவிலியர் இணை இமைச்சவ்வின் பையினுள் சொட்டு மருந்துகளை இடுகிறார். இதன்பின், நோயாளியின் மூடிய கண்ணின் மீது தொற்று நீக்கிய வலைத்துணி பஞ்சு மெத்தையை வைக்கிறார். செவிலியர், டாக்டரின் அறிவுரைப்படி நோயாளியைப் புரட்டி அல்லது உட் காரவைத்து கட்டுப்போடுகிறார். மற்ற நோயாளிகளின் கட்டுக் களும் காலையில் கட்டவிழ்க்கப்பட்டு செவிலியராலும் டாக்டராலும் மாற்றப்படுகின்றன. பின்னர் பகலில் மற்ற நேரங்களில் டாக்டரின் ஆணைப்படி, செவிலியர் கட்டுகளைப் போடுகிறார்.

சிரை வழியாகவும், தசை வழியாகவும் செவிலியர் ஊசி போடு கிறார். கட்டுப்போட்ட பின்னர், இயன்முறை சிகிச்சை போன்ற மற்ற செயல்முறைகள் கையாளப்படுகின்றன. உண்ணப்பட வேண்


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27



படம் 153. 1, 5. மழுங்கிய கத்திரிப்பான்; 2. எலியட்டின் துளை கருவி; 3, 4. கூர்மையான கண் கத்திரிப்பான்கள்; 6. கண்கத்தி; 7. கிரேஃபியின் கண்புரைக்கத்தி; 8. ஈட்டி போன்ற கண்கத்தி; 9. வீபரின் கத்தி; 10. டி—வைக்கரின் கத்திரிப்பான்கன் (பின்சு—சிசியாக்ஸ்); 11. சிஸ்டடோம்; 12. அயற்பொருள் அகற்றும் ஊசிகள்; 13. பௌமனின் துழாவி. 14. சிக்கலின் கூருளை உருவதுழாவி; 15. கூர்மையான கண்டீனகுலா; 16. தசைபிளப்பி; 17. ஓமின் ஊசி; 18. கண் தகடு; 19. கலேசியான் கரண்டி; 20. டெவியலின் கரண்டியும் வீபரின் வளையமும்; 21. ஆக்ஸன்பெட்டின் கரண்டி; 22. கருவிழிப்படல சாமணம்; 23. பாலியாக்கின் சாமணம்; 24. உறைச்சாமணம்; 25. நிலைப்படுத்தும் சாமணம்; 26. கட்டைவிரல் சாமணமும் எலிப்பல் சாமணமும்; 27; ஸ்னெல்லனின் இடுக்கிச்சாமணம்; 28. இமை நிலைநிறுத்தி; 29. காயம் இழுப்பி; 30. படலப்படி சாமணம்; 31. கண் ஊசி தாங்கிகள்; 32. டிமாரின் இமை உயர்த்தி; 33. ஈகரின் தட்டு; 34. அரக்கம்பி; 35. எலும்பு கவுஜி; 36. கண் சாதனங்கள்; 37. கண் ஊசிகள்

டிய மருந்துகள், சாப்பாட்டிற்கு முன்னர் எடுத்துக் கொள்ளப்படு கின்றன.

கூடங்களில் உள்ள செவிலியர்களின் கடமையாவன: கூடங்கள் சுத்தமாகவும் நேர்த்தியாகவும் இருக்க வேண்டும். பொதுச் சுகாதார நியதிகள் முழுமையாகப் பின்பற்றப்பட வேண்டும். ஆய்வுக்கான பொருட்கள் ஆய்வகத்திற்கு குறித்த நேரத்தில் அனுப்பப்பட வேண்டும்; நோயாளிகள் உரிய நேரத்தில் எக்ஸ் கதிர் பரிசோதனைக்கு அனுப்பப்பட வேண்டும்; மற்ற மருத்துவ சிறப்பு நிபுணர்களை தேவையிருப்பின் கலந்தாலோசிக்க வேண்டும்; ஆய்வக முடிவுகள் நோயாளிகளின் பதிவேட்டில் குறிப்பிடப்பட வேண்டும்.

நோயாளிகளைப் பராமரிப்பது, மற்றும் டாக்டரின் ஆணைகளை நிறைவேற்றுவது போன்ற வழக்கமான பணிகளைத் தவிர, செவிலியர்களுக்குக் கீழ்க்கண்ட பணிகளும் உண்டு: சுகாதாரக் கல்வியைப் பரப்புவது; நோயாளிகளுக்கு செய்தித்தாள்களைப் படித்துக் காட்ட வேண்டும். மருத்துவ மனைகளின் நியதிகளைப் பின்பற்றுதல், உற்றார் உறவினரிடமிருந்து நோயாளிகளுக்கான உணவுப் பொட்டலங்களைப் பெறுதல், துப்புரவுத் தொழிலாளர்களின் பணிகளை மேற்பார்வையிடல். இரவில்தான் குறித்த, நோயாளிகள் பற்றிய குறிப்புகளையும், நோயாளிகளின் நிலையையும் டாக்டருக்குத் தெரிவிக்க வேண்டும்.

அறுவை அரங்கின் முன் அறையில் கீழ்க்கண்டவை இருக்க வேண்டும்: கருவிகள் மற்றும் மருந்துகள், துணிக்கட்டுகள் போன்றவற்றை வைக்க அறைகள், கட்டுப்போட ஒரு மேசை, அறுவை அரங்கத்தினுள் போகு முன்னர், நோயாளிகள் இருக்க நாற்காலிகள், அறுவைக்கான பொருட்களைத்தொற்று நீக்க தயார் செய்ய வேண்டும். உதவியாளர்களின் உள்ளாடைகள், நோயாளிகளுக்கான போர்வைகளும் முகமூடிகளும் (நோயாளியை முழுமையாக மூட, உச்சி முதல் உள்ளங்கால் வரையிலான லினன் ஆடை, இதில் அறுவை செய்வதற்கான ஒரு திறப்பு துவாரம் இருக்க வேண்டும்) அதற்குரிய பெட்டிகளில் வைக்கப்பட வேண்டும். துணிக் கட்டுகள், கண்ணுக்கான பஞ்சு மெத்தை கொண்ட வலைத்துணி, வலைத் துணி கைக்குட்டைகள், இறுக்கமாகச் சுற்றப்பட்ட பஞ்சு உருளை, பஞ்சு சுற்றப்பட்ட மரக்குச்சிகள் மற்ற நீண்ட குறுகலான வலைத் துணி அடைப்பான்கள் (சிறப்பு அறுவைக்கானது) ஆகியவை மற்ற பெட்டியில் வைக்கப்பட வேண்டும்.

கண் அறுவைக் கருவிகள் (படம் 153) மிகவும் நுண்ணியதாகவும் துல்லியதாகவும் உள்ளன. ஆகவே திறமையுடன் கூர்மை செய்து கவனமாக, சிறப்புத் தாங்கிகளில் வைக்க வேண்டும். இது அழுத்தித் துடைக்கும் செவிலியரின் பொறுப்பாகும். இதற்கு சாணைக் கல்

லைப் பயன்படுத்த வேண்டும். கருவிகளைக் கூர்மைப்படுத்த சிறப்பான மின்விசைக் கருவி பயன்படுத்தப்படுகிறது.

சிறப்பான அறுவை மேசை, அறுவை அரங்கில் தயாராக உள்ளது. அதன் மேல், அறுவைத் தளத்திற்கு ஒளி வழங்க ஒரு விளக்கு தொங்குகிறது (நிழல்கள் விழாத முறையில் இது இருக்க வேண்டும்) கருவிகளுக்கான மேசைகள், பெட்டி தாங்கிகள், கருவிகளுக்கான மற்றொரு அறை, காந்த ஊசிகள், பொசுக்குவதற்கான அறுவைக் கருவி ஆகியவை அறுவை அரங்கில் இருக்க வேண்டும்.

பொதுப்படையான அறுவை நியதிகளின்படி அழுத்தித் துடைக்கும் செவிலியர் நோயாளியைத் தயார் செய்கிறாள். லினன் மற்றும் துணிக் கட்டுகள், சில்க், கேட்கட் ஆகியவற்றை முன்கூட்டியே தொற்று நீக்குகிறாள். அறுவைக்கு ஒரு மணி நேரத்திற்கு முன்பே அறுவைக் கருவிகளை ஆல்கஹாலினுள்ளும், மற்றவைகளை கொதிக்கும் தண்ணீரில் இட்டு தொற்று நீக்குகிறாள். சொட்டுக் கரையங்கள் அனைத்தும் (அட்ரபின், பைலோகார்பின், டெட்ராகைன் இன்ன பிற) எதிர் உயிர் மருந்துகளின் கரையங்களும் புதிதாகத் தயார் செய்யப்பட வேண்டும். அறுவைக்குப்பின் எஞ்சியிருக்கும் மருந்துகளை அகற்றிவிட்டு, அடுத்த அறுவை நாளுக்குத் தேவையான மருந்துகளை புதிதாகத் தயார் செய்கிறாள்.

அறுவைக்கு முன்பு, அழுத்தித் துடைக்கும் செவிலியர், அறுவையின் பொது நியதிகளின்படி, கைகளை நன்கு கழுவுகிறாள். தொற்று நீக்கப்பட்ட உள்ளாடை, மற்றும் முகமூடி, கையுறைகள் ஆகியவற்றை அணிகிறாள். கருவி கொண்ட மேசையை தொற்று நீக்கப்பட்ட போர்வையால் மூடுகிறாள். பின்னர் அவள் கருவிகள் மற்றும் பிப்பெட்டுகள், சிரிஞ்சுகள், வலைத்துணி, பஞ்சு, கட்டுத் துணிகள், நோவகைன் மற்றும் டெட்ராகைன், அட்ரினலின், பிரில்லியண்ட் பச்சை ஆகியவற்றின் கரையங்கள், உடலியங்கியல் உப்புக் கரைசல் ஆகியவற்றை வெளியே எடுத்து மேசை மீது வைத்து தொற்று நீக்கிய போர்வையால் மூடுகிறாள்.

அறுவை மேசைக்கு அருகேயுள்ள மேசையின் மேல் தளம் அறுவையாளரின் கைகளின் மட்டத்தில் இருக்க வேண்டும்.

அறுவையின்போது, சர்ஜனுக்குத் தேவையான சிரிஞ்சுகள், கரையங்கள், கருவிகள் ஆகியவற்றை செவிலியர் கொடுக்கிறார். ஒவ்வொரு கருவியும் ஒவ்வொரு கருவியும் ஒவ்வொரு தடவை உபயோகப்படுத்தப்பட்ட பின்னர், அதைக் கொதிக்கும் தண்ணீரில் இட்டு, செவிலியர் கருவிகளைச் சேகரித்து உதவியாளரிடம் கொடுக்கிறாள். உதவியாளர் அவற்றை உடனடியாகக் கழுவி தொற்று நீக்கி பெட்டியில் இட்டு கொதிக்க வைக்கிறான்.

கண் நிபுணரும் மற்ற மருத்துவ நிபுணர்களும் நன்கு பரிசோதித்த பின்னர், நோயாளி அனுமதிக்கப்படுகிறார். உடனேயே அறு

வைக்கான தயாரிப்புகள் துவங்குகின்றன. எல்லா நோயாளிகளும் பொதுவான இரத்தப் பரிசோதனை மற்றும் சிறுநீர் சோதனை, இரத்த அழுத்த அளவு கணிப்பு, மார்பின் எக்ஸ் கதிர் படம் ஆகிய வற்றிற்கு உட்படுத்தப்படுகின்றனர். இமை இணைப்படலத்தின் பாக்டீரியப் பரிசோதனை மிக மிக அவசியமானதாகும். நோயூக்கும் கிருமிகள் காணப்பட்டால், சிகிச்சை அளித்து திரும்பத் திரும்பச் செய்யப்பட்ட பரிசோதனைகள் மூலம் பாக்டீரியாக்கள் இல்லை என்று தெரிய வரும்வரை அறுவை சிகிச்சை ஒத்திப்போடப்படுகிறது. அறுவைக்கு முந்திய ஒவ்வொரு நாளும் நோயாளிக்கு தொற்று நீக்கும் சொட்டு மருந்துகள் இடப்படுகின்றன.

அறுவைக்கு முந்திய நாள் நோயாளிக்கு, சுத்திகரிக்கும் ஒரு இனீமா கொடுக்கப்படுகிறது. அறுவைக்கு முந்தி சிறப்பான அறுவை முன் மருந்துகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. அறுவை தின காலையில் நோயாளிக்கு உண்ணவோ குடிக்கவோ கொடுக்கப்பட மாட்டாது. அறுவை அரங்கின் முன் அறையில் நோயாளி தனது உள்ளாடைகளை காலணியை அகற்றிவிட்டு புதிய சிறப்பான லினன் உறைகளை அணிகிறான். அறுவை செய்யப்பட வேண்டிய கண்ணின் பக்க செவியினுள், வார்டு செவிலியர் ஒரு பஞ்சை அடைக்கிறாள். இதனால் அறுவையின் போது இரத்தம் செவியினுட் சென்று விடக்கூடாது. 0.25% டெட்ராகைன் கரையம் கண்ணினுள் மூன்று தடவைகள் இடப்படுகின்றது. பின்னர், நர்சு, நோயாளியை அறுவை அரங்கினுள் அழைத்துச் செல்கிறாள். கட்டிலின்மேல் படுக்க வைத்து அவனை ஒரு போர்வையால் மூடுகிறாள். அறுவை மேஜையில் நோயாளியின் முகம் (செவியிலிருந்து மூக்கு வரை) மற்றும் கண்ணிமைகள், 1% பிரில்லியண்ட் பச்சை கொண்ட ஆல்கஹால் கரையத்தால் இரண்டு தடவை நன்கு துடைக்கப்படுகின்றன. கண் கோளத்தின் பின் புறம் இமை இணைச் சவ்வின் அடிபாகம், தேவையானால் கண் இமைகள் ஆகியவற்றினுள் 1% புரோகைன் கரையம் ஊசி மூலம் செலுத்தப்பட்டு உணர்வகற்றம் செய்யப்படுகிறது. கூடத்தின் செவிலியர் அறுவை அரங்கினுள் இருந்து ஆபரேஷன் முடியும் வரை நோயாளியைக் கண்காணிக்க வேண்டும். ஆபரேஷன் முடிந்தவுடன் அவள் நோயாளியின் கண்ணுக்குக் கட்டுப்போட்டு, உதவியாளர்களின் துணையுடனோ அல்லது சக்கர நாற்காலியிலோ, வார்டுக்கு அழைத்துச் செல்ல வேண்டும். அன்றைய தினம் நோயாளிக்கு திரவ உணவு கொடுப்பது நலம். அறுவைக்கு பல மணி நேரங்களுக்குப் பின்னர் திட உணவைக் கொடுக்கலாம்.

ஆபரேஷன் தினத்தன்று அறுவைக்குத் தயாராக உள்ள எல்லா நோயாளிகளையும் குறித்த நேரத்தில் அறுவை அரங்கிற்கு அனுப்பி வைக்க வேண்டியது வார்டு செவிலியரின் கடமையாகும்.

அறுவைக்குப் பின்னான ஒரு சில நாட்களுக்கு படுக்கையில்

கிடக்கும் நோயாளியின் நிலையைக் கூர்ந்து கண்காணிக்கிறாள். உரியமுறையில் உணவூட்டுகிறாள். அவனது மலமும், சிறுநீரும் சரியான முறையில் வெளிப்படுகிறதா என்பதையும் கவனிக்க வேண்டும். டாக்டர்களின் ஆணைகள் அனைத்தும் உடனுக்குடன் நிறைவேற்றப் படுகின்றன. ஒரு அறுவை சிகிச்சை வெற்றிபெற வேண்டுமெனில் அறுவைக்குப் பின் நோயாளியின் பராமரிப்பு மிகவும் முக்கியம் என்பதை அறிவுறுத்த வேண்டும்.

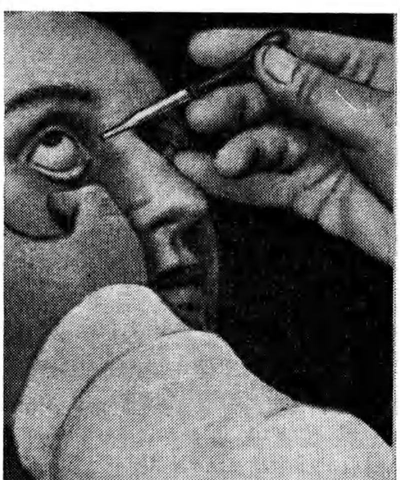
கண் நோயாளிகளுக்கான பிரதான சிகிச்சை முறைகளும் பராமரிப்பும்

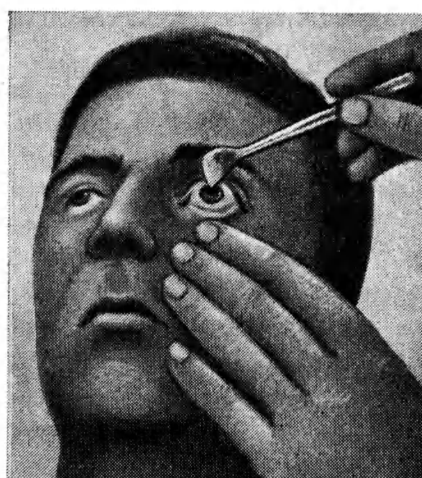
முடக்கு வாதம் மற்றும் காச நோய், புரூசெல்லோசிஸ், டாக்ஸோ பிளாஸ்மோசிஸ், மேகநோய், வைரஸ் போன்ற பல தொற்றும் நோய்கள், நாளமில்லாசுரப்பி நோய்கள், இருதய இரத்த நாள நோய்கள், நரம்பு மண்டல மற்றும் இரத்தம் சார்ந்த நோய்கள் ஆகிய பொது நோய்களின் விளைவாகவே கண் நோய்கள் தோன்று கின்றன. ஆகவே நோய் நிர்ணயம் முடிந்து, நோயின் காரணங்களும் முடிவு செய்யப்பட்ட பின்னர், முதல் நிலையான பிரதான நோய்க்கு சிகிச்சை அளிப்பது அவசியமாகும். நல்ல விளைவைக் கொண்ட பரிந்துரைக்கப்படும் முக்கியமான மருந்துகளாவன: சல்பனிலமைடு, எதிர் உயிர் மருந்துகள், வைட்டமின்கள், உடலுக்கு தெம்பூட்டும் முகவங்கள், சிறப்பு சிகிச்சை முகவங்கள் (காச நோய், மேகநோய், முடக்குவாதம், டாக்ஸோவிளாஸ்மோசிஸ், வைரஸ் வியாதிகள்) திசுத்தயாரிப்புகள் மற்றும் பல பொதுப்படையான சிகிச்சையின் போது கொடுக்கப்படும் அலகில் மருந்துகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. சில கேசுகளில், மாதிரி உணவு, அன்றாட வாழ்க்கைக்கான, படிப்ட பதற்கான பணி ஆற்றுவதற்கான நெறிமுறைகள் பரிந்துரைக்கப்ப வேண்டும். உடலியங்கியல் சிகிச்சை மற்றும் ஸ்பாசிகிச்சை, கண்க ளின் நோய் குறியியல் நிலைகளுக்கு அவசியமாகத் தேவைப்படுகி றது (ஸ்பாசிகிச்சை என்பது கனிம உப்புக்கள், தாது உப்புக்கள் கொண்ட நீரூற்றுகளைப் பயன்படுத்தி சிகிச்சை அளிப்பது மொ—ர்). தீங்கான தொழில்வழி அம்சங்களைத் தவிர்க்க வேண் டும். நோயின் தேவைகளைப் பொறுத்து பல்வேறு முகவங்களைக் கொண்டு தல சிகிச்சை, கண்ணுக்கு நீர் பாய்ச்சல், சொட்டு மருந் துகள், களிம்புகள், கரையங்களை ஊசி மூலம் இமைஇணைச் சவ் வின் அடியிலோ, கண் கோளத்திற்குப் பின்புறமாகவோ செலுத் துதல், மின்பகுப்பு முறை மூலம் தயாரிப்புகளைச் செலுத்துதல் மிகவும் அவசியமாகும்.

இமை இணைப்படலத்திற்கு தொற்று நீக்க மற்றும் பரப்பிலி ருந்து அயற்பொருட்களை, தீக்காயத்திற்குப் பின்னர் ரசாயன

பொருட்களை, டோனோமெட்ரிக்குப் பிறகு கறைகளை அகற்ற
நீர்பாய்ச்சல் முறை கையாளப்படுகிறது. உடல் இயங்கியல் உப்புக்
கரைசல் அல்லது தொற்று நீக்கும் கரையங்களான பாதரச சைய
னைடு, ஆக்சிசையனைடு, போரிக் அமிலம், பொட்டாசியம் பெர்
மாங்கனைட் ஆகியவற்றைப் பயன்படுத்தலாம். கண்ணாடி அன்
டைனுக்குள் அவை ஊற்றப்படுகின்றன. ஒரு ரப்பர் பலுனால்
உறிஞ்சப்படுகின்றன. அல்லது ஒரு பஞ்சுத் துண்டை அவற்றில்
தோய்த்து எடுக்கலாம். கண் இமைகள் பிரிக்கப்படுகின்றன; அல்லது
புரட்டப்படுகின்றன. அதன் பின் இமை இணைச் சவ்வினுள் நீர்
பாய்ச்சப்படுகிறது. நோயாளியின் கன்னத்திற்கு கீழே, தாலம் வைக்
கப்பட்டு வழியும் நீர் சேகரிக்கப்படுகிறது.

சொட்டுகள். கண் நோய்களுக்கு, இவை பெருமளவில் பயன்
படுத்தப்படுகின்றன. இதற்கு, நோயாளி மேல் நோக்கிப் பார்க்கப்
பணிக்கப்படுகிறான் (படம் 154). கீழ் இமைகள் கீழ்நோக்கி இழுக்
கப்படுகின்றன. இடது கையில் பஞ்சு சுற்றப்பட்ட ஒரு மரக்குச்சி
யையோ கொண்டு அல்லது ஈரமான பஞ்சுத் துண்டு கொண்டு
மேற்கூறியதைச் செய்யலாம். பிப்பெட்டை வலது கையின் மத்திய
விரல், ஆள்காட்டிவிரல்களுக்கிடையே பிடித்துக் கொண்டு, கட்டை
விரல் கொண்டு பிப்பெட்டின் இரப்பர் மூடியை அமுக்கினால் ஒன்
றிரண்டு சொட்டுக்கள் இமை இணைச்சவ்வினுள் விழுகின்றன.





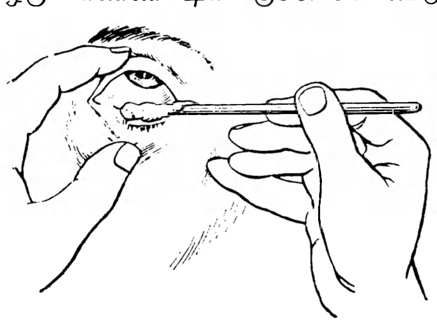
படம் 154. உட்சொட்டிடல்

படம் 155. சிலேட்டுமப்படலத்தின் மீது மருந்து பவுடரைத் தூவல்

இதன் பின்னர், இமைகளின் விளிம்புகள், ஈரமான பஞ்சால் துடைக்கப்படுகின்றன. பாட்டிலில் உள்ள சொட்டு மருந்துகள் அசுத்தமடையாமலிருக்க, பிப்பெட் நோயாளியின் கண்களைத் தொடக்கூடாது. அப்படியே கண்களைத் தொட்டுவிட்டால் அந்தப் பிப்பெட்டை நன்கு கொதிக்க வைத்துக் கருவி, பாட்டிலினுள் இணைத்து விடலாம்.

களிம்புகள். களிம்புகளை உபயோகித்தால், மருந்துகளின் விளைவு நீடித்து இருக்கிறது. கரையாத அல்லது மிகவும் குறைவாகவே கரையும் மருந்துகளை களிம்புகளாகப் பயன்படுத்தலாம். தீப்பட்ட காயங்களின் போது கண்ணிமைகளின் சீத உறை கண்ணுடன் ஒட்டிவிடாதபடி தடுக்கவும் விழிப்பளிங்குப் படலத்தின் குறைபாடுகளிலும் (அரிப்புகள், புண்கள்) களிம்புகள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. களிம்பு மெல்லியதாகவும், இளகியும் இருக்க வேண்டும். ஒரே அளவில் லானோலினையும் வாசலைனையும் கலந்து, வலி தணிக்கும் களிம்பை நன்கு அரைத்தால் களிம்பு மெல்லியதாக இருக்கும். நோயாளி மேல் நோக்கிப் பார்க்கும்போது, ஒரு கண்ணாடிக் குச்சி கொண்டு கீழ் இமைக்குப் பின்னால் களிம்பைத் தடவ வேண்டும் (படம் 156). நோயாளி கண்ணை மூடியவுடன் கண்ணாடி கம்பு பொட்டெலும்பு நோக்கி வெளியே இழுக்கப்படுகிறது. அப்போது களிம்பு மூடப்பட்ட கண் இமைகளினுள் தங்கிவிடுகிறது. மூடப்பட்ட இமைகளின் மேல் மசாஜ் செய்வதன் மூலம் களிம்பு ஒரே சீராகக் கண்ணினுள் பரவுகிறது.

பவுடரை இடல். மருந்தின் மிக நுண்ணிய பவுடரை இமை இணைச்சவ்வின் மீது தூவ வேண்டும். ஒரு கண்ணாடிக் குச்சி கொண்டு



படம் 156. களிம்புகளை உபயோகித்தல்



படம் 157. ஒரு கண்ணுக்கான கட்டு

பவுடரை எடுத்து, இமை இணைச் சவ்வின் கீழ்ப்புறஃபார்னிக்ஸ் மீது தூவ வேண்டும் (படம் 156) அல்லது மேல்இமையைப் புரட்டி இரண்டு கண்ணிமைகளின் இமை இணைச்சவ்வின் மீது தூவலாம்.

இமை இணைச்சவ்வு அடி ஊசி. 0.25% டெட்ராகைன் கொண்டு மூன்று தடவைகள் உள் சொட்டிட்டு உணர்வகற்றிய பின், மருந்துக் கரையத்தை ஊசி மூலம், இமை இணைச் சவ்வின் அடியில் செலுத்தலாம்.

கண் இமைகளை கண்ணாடிக் குச்சி கொண்டு மசாஜ் செய்யலாம். இமை இணைச் சவ்வின் ஃபார்னிக்சுக்குள் குச்சி செலுத்தப்படுகிறது. பின்னர் இமைகளின் விளிம்புகளை குச்சிக்கு எதிராக அமுக்க வேண்டும். பின்னர் குச்சியை உட்புறத்திலிருந்து வெளிப்புறமாக அகற்றிவிட வேண்டும். மெய்போமியனின் சுரப்புகள் அகற்றப்படுகின்றன.

இயன்முறை சிகிச்சை, எக்ஸ்கதிர் சிகிச்சை

குவார்ட்ஸ் விளக்கின் புற ஊதாக் **கதிர்களை** நோயாளிக்கு செலுத்துவதன் மூலம் **சிகிச்சை** அளிக்கப்படுகிறது. காசநோய் நிபுணரின் ஆலோசனையின் பேரில், காசநோய் மற்றும் கண்டமாலை நோயுற்றவர்களுக்கு இந்த சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. உள்ளுறுப்புக்களின் மற்றும் நிண முடிச்சுகளின் தீவிர காசம் இருக்கும்போது, சோகை நோய் இருக்கும்போது எக்ஸ் கதிர் சிகிச்சை அளிக்கக் கூடாது. கண் இமைகள் மற்றும் இமை இணைப்படலம், கண்ணீர் சுரப்பிகள், விழி பளிங்குப்படலம், கருவிழிப் படலம் ஆகியவற்றின் தீவிர அழற்சி நிகழ்வுகளின்போது **யு. எச். எப் சிகிச்சை** அளிக்கப்படுகிறது. காய்ச்சல் மற்றும் உட்கண்ணில் புதிதாக குருதிப் பெருக்கு, தீய புற்றுக் கட்டிகள், இரத்த மிகு அழுத்தம் அகியவை இருந்தால் இந்த சிகிச்சை அளிக்கப்படக்கூடாது. தினமும் 5—10 நிமிடங்களோ அல்லது ஒரு நாள் விட்டு ஒரு நாள் 5—10 நிமிடங்களோ இந்த சிகிச்சை அளிக்கப்படலாம்.

வெப்ப சிகிச்சை. சுடு தண்ணீர் பாட்டில் மற்றும் மின் அடுப்பு, வெப்ப ஒத்தடம், சொலுக்ஸ் விளக்கு ஆகியவை கொண்டு கண்ணுக்கு வெப்பமளிப்பது கண்ணிலும் அதைச் சார்ந்த சக உறுப்புக்களிலும் காணப்படும் அழற்சிக் குவியங்களைச் சரி செய்கிறது. வலியைக் குறைக்கவும் உதவுகிறது. காயங்களுக்குப் பிறகு அல்லது பிளாஸ்டிக் அறுவைகளுக்குப் பின்னான தழும்புகளை சீர்செய்ய பாரஃபின் தயாரிப்புகள் உதவுகின்றன.

கண்ணின் புதிய புற்றுக் கட்டிகளுக்கு **எக்ஸ்கதிர் சிகிச்சை** பலனளிக்கிறது. கண்ணின் முன் அறை மற்றும் கருவிழிப்படலம்,

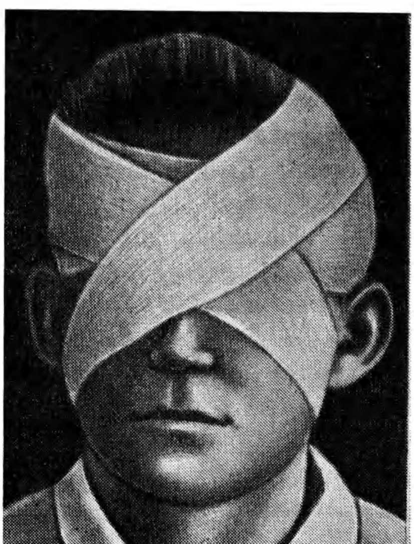
சிலியரி அங்கம், ஆகியவற்றின் அழற்சி நோய்களுக்கு எக்ஸ் கதிர்கள் குறைந்த அலகில் கொடுக்கப்படுகின்றன.

இயன்முறை சிகிச்சைத் துறையில் மின்பகுப்பு முறை மூலம் கண்ணினுள் மருந்துகள் செலுத்தப்படுகின்றன. மருந்து நிறைந்த கண்குப்பிகளும் கரையத்தில் தோய்க்கப்பட்ட பஞ்சு அடைப்பான்களும் இதற்குப் பயன்படுகின்றன.

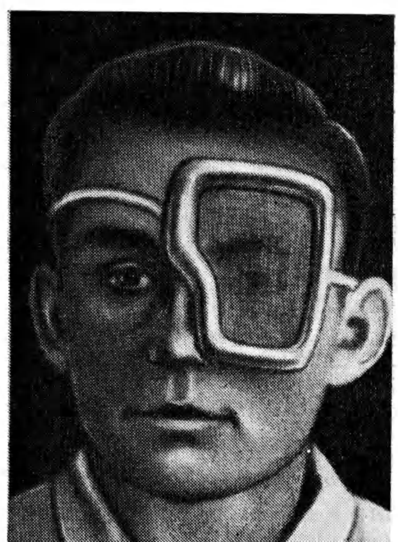
காயம்பட்ட பின்னரோ அல்லது அறுவைக்குப் பின்னரோ உண்டாகும் வில்லைகளின் எஞ்சிய விளைவுகளை, மற்றும் பல்வேறு நோய்களில் ஏற்படும் கண்பார்வை நரம்பு மற்றும் விழித்திரை இரத்தநாளங்களின் விரிவடைந்த நிலையை அகற்ற அல்ட்ரா சோனிக்ஸ் பயன்படுகிறது (புற ஒலி முறை).

அறுவைகள் மற்றும் காயங்கள் கண்ணை வெப்பமாகவும் தொந்திரவு எதுவும் இல்லாமலும் வைக்கவேண்டிய சூழ்நிலைகள், ஆகியவற்றின்போது கண்ணின் மீது கட்டுகள் போடப்படுகின்றன. இமை இணைச்சவ்வழற்சி மற்றும் கண்ணீர் நாள அழற்சி, விழிபளிங்குப் படலத்தின் சீழ்கொண்ட புண் ஆகியவற்றின்போது கண்ணைத்துணி கொண்டு கட்டுப்போடக்கூடாது.

கட்டுப்போடும் முன்பு, வலைத் துணியின் வட்ட மெத்தை, பஞ்சு ஆகியவை கொண்டு கண்ணை மூட வேண்டும். பாதிக்கப்பட்ட கண்ணை தலையைச் சுற்றிய ஒரு கட்டாலோ அல்லது நெற்றியைச் சுற்றிவரும் ஒரு துணி கொண்டோ கட்டுப்போடலாம் (படம் 157).



படம் 158. இருகண்கட்டு



படம் 159. கண்ணுக்கான வலை

பல சுற்றுக்கள் கொண்ட ஒரு கண்கட்டால் கண்ணை நன்கு பாது காக்கலாம். பாதிக்கப்பட்ட கண்ணிலிருந்து தலையின் எதிர்புறத் திற்கு பின் தலையைச் சுற்றி, காதுமடல், கண்ணிமைப் புருவம் மீண் டும் கண்ணுக்கு வரும்படி ஒரு கட்டுப்போட வேண்டும். பாதிக்கப் பட்ட கண்ணின் பக்கத்தின் பொட்டெலும்பிலோ, அல்லது நெற்றி யிலோ முடிச்சு வரும்படி கட்டுப்போட வேண்டும்.

ஒவ்வொரு கண்ணின் மேலும் குறுக்காக வரும் கட்டுத்துணி கள் கொண்டு இருகண் கட்டை அமைக்கலாம் (படம் 158). ஒட்டுப் பிளாஸ்திரி கொண்டு கண்ணின் மேல் பஞ்சுடன்கூடிய வலைத்துணி மெத்தையைப் பொருத்த லாம். அல்லது ஒரு அகலமான வலைத்து ணியை சருமத்தில் ஒட்டுவதன் மூலம் பொருத்தலாம். இணை இமைச்சவ்வின் பையில் சீழ் இருந்து, கட்டாயமாகக் கட்டுப்போட வேண்டுமெனில், உதாரணமாக அறுவைக்குப்பிறகு, கண் குழிவின் மேல் ஒரு உலோக வலையைப் பொறுத்தி ஒரு கட்டை அதன்மேல் போடலாம் (படம் 159).

கண்ணிமைகள் மற்றும் கண்ணீர் உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றின் நோய்கள்

சருமத்தாலும், தசையாலும் ஆன மடிப்புகளே கண்இமைகளா கும். வெளிப்புற மற்றும் உட்புற இமை இடைப்பள்ளங்களுடன் கண்ணின் ஓரத்தில் இவை இணைக்கப்பட்டுள்ளன. மெல்லிய சரு மத்தின் அடியில் ஒருவட்டத்தசை உள்ளது. இதன் பின்புறம், இரு இமைகளின் சிலியரி விளிம்பில் குருத்தெலும்பு உள்ளது. குருத் தெலும்புகளின் எதிர்ப்புற எதிர்ப்புற விளிம்புகள், கண்குழிவின் விளிம்புகளுடன் திசுத் தகட்டால் இணைக்கப்பட்டுள்ளது. மேல் இமை மற்றும் சிலேட்டுமப்படலம், சருமம் ஆகியவற்றின் குருத் தெலும்புடன், இமை உயர்த்தும் தசை இணைக்கப் பட்டுள்ளது. இமை ரோமங்கள், கண் இமையின் விளிம்புகளில் வளர்கின்றன. இமைச் சுரப்பிகளின் வெளியேற்றுநாளங்கள் இமை ரோமங்களின் ரோமக் குமிழ்களில் திறக்கின்றன, மெய்போனியனின் வெளியேற்று நாளங்கள், இமைரோமங்களுக்குப் பின்னே இமைகளின் விளிம்புக ளில் திறக்கின்றன. கண் இமைகளுக்கு தமனி மற்றும் சிரை நாளங் களும் கூருணர் நரம்புகளும் உள்ளன.

பிரகாசமான வெளிச்சம் மற்றும் தூசி, காயம் ஆகியவற்றிலி ருந்தும், தூக்கத்தின் போதும் கண்களை இமைகள் பாதுகாக்கின் றன. கண் இமை சுரப்பியின் சுரப்புகளும் கண்ணீரும் விழி பளிங்குப் படலம் உலர்ந்து விடாமல் பாதுகாக்கின்றன.

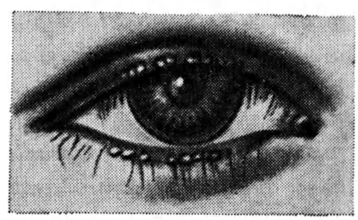
கண் இமைகளின் சரும நோய்கள். கொப்புளங்கள், எரிசிபலஸ், எக்சீமா போண்ற மற்றும் பல சரும நோய்கள், கண்இமை சுரப்பி

யின் சுரப்புகளும் கண்ணீரும் விழி பளிங்கு படலம் உலர்ந்து விடா மல் பாதுகாக்கின்றன. அவற்றின் அறிகுறிகளுக்கும் சிகிச்சைக்கும் சிறப்பான அம்சங்கள் எதுவும் கிடையாது. கண்ணிமை அழற்சி: இதற்குப் பல காரணங்கள் உள்ளன. சோகை, போஷாக்கு குறைவு, வைட்டமின்கள் குறைந்த அல்லது இல்லாதநிலை, காசநோய், நீரி ழிவு, வயிற்றுப் பூச்சிகள், பல்நோய்கள், மூக்குப்புழை நோய்கள், டான்சில் அழற்சி முதலியன. கண்ணிமை அழற்சிக்குப் பொதுவான காரணம் பாக்டீரிய (ஸ்டாபிலோகாக்கை, ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கஸ் முதலியன) பாதிப்புகளேயாகும். வீட்டில் உள்ள சுகாதாரக் குறைவு அம்சங்கள், பணிபுரியும் இடத்தில் வசதிக்குறைவுகள், ஒளிவிலக்க லின் விகாரங்கள், குறிப்பாக தூரப்பார்வை, அஸ்டிக்மாடிசம் போன்றவை, இந்நோயை ஊக்குவிக்கின்றன. கண்ணிமை அழற்சி, ஒரு நாட்பட்ட, மீண்டும் மீண்டும் தோன்றும் நோயாக அமை கிறது.

கண்ணிமை அழற்சியின் எளிய, மற்றும் புண் வகைகளும் பிரித் தறியப்படுகின்றன. இவை, ஒரே நோயின் பல்வேறு நிலைகளா கும்.

எளிய கண்ணிமை அழற்சியில், அரிப்பு, கண்ணிமை விளிம்புகள் தடித்து சிவந்து காணப்படுதல், நுண்ணிய சாம்பல் நிற செதிள்கள், கண்ணிமை ரோமங்களின் அடியில் பொடுகுகள், கண்ணிமை ரோமங் கள் விழுதல் ஆகியவை காணப்படுகின்றன. ஒளி, மற்றும் தூசி, புகை, ஆகியவை, கண்ணிமைகளை பெரிதும் பாதிக்கின்றன. அவை எளிதில் சிவந்தும், வீங்கியும் விடுகின்றன.

புண் கொண்ட கண்ணிமை அழற்சி. (படம் 160) இங்கு கண்ணி மை விளிம்புகள் வீங்கியுள்ளன. கண்ணிமை ரோமங்களின் அடியில் சீழ் கொண்ட பொடுகுகள் காணப்ப டுகின்றன. அதனடியில் புண்களும் காணப்படுகின்றன. கண்ணிமை ரோமங் கள் ஒன்று கூடி இணைந்து எளிதில் கீழே விழுகின்றன. சில ரோமங்கள் உருக்குலைந்து, உள்ளே வளைந்து, கண் கோளத்தின் மீது உரசுகின்றன. இறுதியில், விளிம்புகள் கடினமடை ந்து, ரோமங்கள் விழுந்து, கண்ணிமை கள் வெளிப்புறமாக புரண்டு கிடக் கின்றன. கண்ணிமை அழற்சியுடன், இமை இணை அழற்சியும் காணப்படுகிறது.



படம் 160. புண் கொண்ட கண்ணிமை அழற்சி

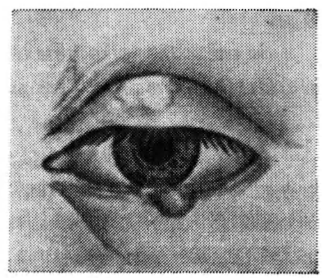
சிகிச்சை. நோயின் முதற் காரணத்தை அகற்றி, பார்வைக் குறைபாடை கண்ணாடி கொண்டு சீர் செய்து, சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். பல வைட்டமின் மாத்திரைகள் அளிப்பது, தொற்று

நீக்கி சொட்டு மருந்துகளை இமை இணைச் சவ்வின் பையினுள் உட் சொட்டிடுதல், சின்தோமைசீன், மற்றும் குளோரம்பெனிகால், மஞ் சள் பாதரச ஆக்ஸைடு போன்ற மற்றும் பல களிம்புகளைக் கொண்டு கண்ணிமை விளிம்பில் இடுதல், அல்கஹால் கரையம் கொண்டு விளிம்புகளைத் துடைத்தல், பிரில்லியண்ட் பச்சை கலந்த 1% அல்கஹால் கரையத்தைக் கொண்டு இமைகளின் மேல் பூசுதல், போன்றவை சிகிச்சையில் அடங்கும். புண் கொண்ட இமை அழற்சி யில் பொடுகுகள் அகற்றப்படுகின்றன. பிரில்லியன்ட் பச்சை அல்லது அயோடின் கரையம் கொண்டு புண்கள் மீது பூசலாம். அதன் பின்னர் எதிர் உயிர் மருந்து களிம்புகள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

ஸ்டை (கண்ணிமைக் கட்டி) (படம் 161). கண்ணிமை ரோமங் களின் அடியில் ரோமக் குமிழ்கள் அல்லது சீப சுரபி சீழ் கொண்டு



படம் 161. கண்ணிமைக் கட்டி (ஸ்டை)



படம் 162. கலேசியான்

அழற்சியடைவதையே, ஸ்டை என்கிறோம். அந்தப் பகுதியில் தொடு வலி உண்டாகிறது. கண்ணிமை விளிம்பு சிவந்து, வீக்கமடை கிறது. அதன்பின்னர் சீழ் கொப்புளம் உண்டாகி, வெடித்து சீழ் வெளிப்படுகிறது. கண்ணிமை அழற்சியுடன் ஸ்டை மீண்டும் உண் டாகிறது. ஏனெனில் இரண்டுமே ஒரே காரணியால் உண்டாகின் றன.

சிகிச்சை. உலர் வெப்பம், யு.எச்.எப் சிகிச்சை, சுய இரத்த சிகிச்சை, சல்பனிலமைட் மாத்திரைகள், ப்ரூயரின் ஈஸ்ட், பல வைட் டமின்கள் ஆகியவை சிகிச்சையில் அடங்கும். ஸ்டையை அமுக்கிப் பிதுக்கக்கூடாது. களிம்பு கொண்டு தேய்க்கவும் கூடாது. ஏனெனில் இங்கிருந்து நோய், சிரைகள் வழியாக, கண்குழிவினுள்ளும், மூ ளைக்குள்ளும் பரவலாம். நோய் பட்டுப்பட்டவுடன், தொற்று நீக்கு களிம்புகள் தடவப்படுகின்றன. பொதுப்படையான சிகிச்சை அளிக் கப்படுகிறது.

கலேசியான். கண்ணிமைக் குருத்தெலும்பின் மெய்போமியன் சுரப்பியின் நாட்பட்ட அழற்சி கலேசியான் என அழைக்கப்படுகிறது.

இமை இணைப்படல வழியாக அல்லது சகஜமான சருமம் வழியாகப் பார்க்கும் போது, இந்த நைவு பட்டாணிக் கொட்டை போன்று இருக்கிறது (படம் 162).

சிசிச்சை. உலர் வெப்பம், யூ. எச். எப் சிகிச்சை, தொற்று நீக்கும் களிம்புகள், ஆகிய சிகிச்சைக்குப் பின்னும் கலேசியான் சீரடையாவிடில், அதை அகற்றவிடுவதே நல்லது.

இமை உள்ளிறக்கம், இமை வெளி இறக்கம். இமை இணைச்சவ்வு, தளும்புடன் சீரடையும்போது, இமை உள்ளிறக்கம் உண்டாகிறது. (கண் இமை விளிம்பு உள் நோக்கிச் செல்லுதல்) சருமம் தளும்புடன் சீரடைந்து கடினமடையும் போது, இமை வெளி இறக்கம் (இமை விளிம்பு வெளிநோக்கிச் செல்லுதல்) உண்டாகிறது. இமை உள்ளிறக்கத்தில், கண்ணிமை ரோமங்கள் உள் நோக்கி வளைந்து, விழிப் பளிங்குப் படலத்தில் உரசி, புண்களை உண்டாக்கி, இறுதியில் ல்யூகோமாவில் முடிகிறது. இமைவெளி இறக்கத்தில், கண்ணீர் சொரிவு ஏற்பட்டு, இமை இணைப்படலம் உலர்ந்து விடுகிறது. விழிப் பளிங்குபடல புண் உருவாகலாம்.

சிகிச்சை. அறுவை சிகிச்சையே பயனளிக்கும். கண்பார்வையாளர், நோயாளியைப் பார்வையிடாமல், ரோமங்களைப் பிடுங்கிவிடக் கூடாது. ஏனெனில், நைவின் இடத்தைப் பார்க்க முடியாது போய்விடும். ஆபரேஷன் செய்ய இயலாது.

லேகாஃப்தால்மஸ். இந்த நிலையில், (இமை மூடமுடியா நிலை) கண்ணை முழுமையாக மூட முடியாது. நரம்பு பாதிப்பு மற்றும் தசைகளுக்கு நரம்பூட்டம் அளிக்கு முக நரம்பின் செயலிழப்பு, கன்னங்களிலும் கண்ணிமைகளிலும் தளும்புகளை உண்டாக்கும் முகத்தின் காயங்கள் ஆகியவற்றின் விளைவாக லேகாஃப்தால்மஸ் உண்டாகிறது. கீழ் இமை வெளிநோக்கி புரண்டு இருக்கிறது. இடைவிடாத கண்ணீர் சொரிவு உண்டாகிறது. இமை இடைப்பிளவு விரிகிறது. கண், எப்போதுமே திறந்தே இருப்பதால் சிலேட்டுமமும், விழி பளிங்கு படலமும் உலர்ந்துவிடுகின்றன.

பிரதான நோயைச் சீர் செய்வதில் **சிகிச்சை** அடங்குகிறது. இமை இணைச்சவ்வின் பையினுள் தொற்றுநீக்கு கரையங்கள் சொட்டிப்படுகின்றன. விழிப் பளிங்கு படலம் உலர்ந்து விட்டாலோ அல்லது நிரந்தர நிகழ்வு ஏற்பட்டாலோ, இமைகளின் மீது அறுவை சிகிச்சை செய்யலாம்.

மேல் கண்ணிமை தொங்கல் (இமைத் தொய்வுல்—டோசிஸ்). இது பிறவிக் கோளாறாக இருக்கலாம் மேல் இமைக்கு ஏற்படும் காயத்தாலோ, மத்திய நரம்பு மண்டல நோயில் கண்தசை இயக்க நரம்பு செயலிழந்தாலோ, இமை இறக்கம் உண்டாகிறது.

சிகிச்சை. பிறவி இமைத் தொங்கல், அறுவையால் சரி செய்யப்படுகிறது. பெறப்பட்ட நோயில் பிரதான நோய்க்கு சிகிச்சை

அளிக்க வேண்டும். இது வெற்றியடையாவிடில், அறுவை சிகிச்சை செய்யப்படுகிறது.

கண்ணிமைகளின் தீயபுற்றுக் கட்டிகள். மிகவும் சகஜமான புற்றுநோய்க்கட்டி கார்சினோமாவாகும். இது கீழ் இமையின் உட்கோணத்தில், அபூர்வமாக, மேல் இமையில் உண்டாகிறது. சருமம் கடினமடைகிறது, கடின விளிம்புகள் கொண்ட வலியில்லாத நிரந்தரமான புண் சீரற்ற தளம் கொண்ட பரப்பில் இரத்தக்கசிவு ஏற்படுகிறது. கட்டி, மெதுவாக வளருகிறது. கண் இமைகளை இடைவிடாது சிதைக்கிறது, கண் கோளத்தையும், கண் குழிவையும் பாதிக்கலாம்.

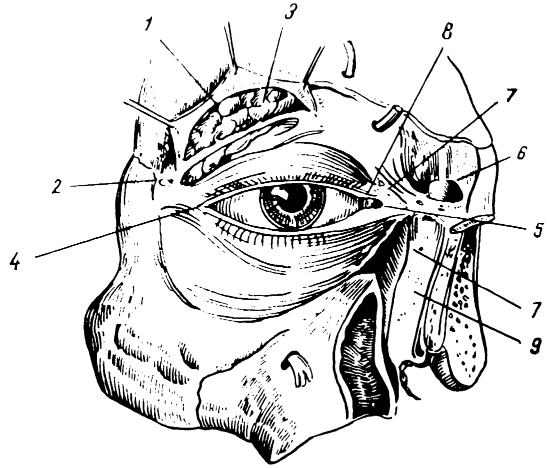
சிகிச்சை. எக்ஸ்கதிர் சிகிச்சை, அறுவைமுறை, அல்லது இரண்டுமே சேர்ந்து, சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது.

கண்ணீர் உறுப்புக்களின் நோய்கள்

கண்ணீர் சுரப்பி அமைப்பில் (படம் 163) கண்ணீர் சுரப்பியும், கண்ணீர் கால்வாயும் காணப்படுகின்றன. கண் குழிவின் வெளிப்புற மேல்புறச் சுவரின் எலும்புப் பள்ளத்தில் கண்ணீர் சுரப்பி அமைந்துள்ளது (கண்ணீர் சுரப்பிப்பள்ளம்). இதன் நாளம் மேற்புற இமை இணைச்சவ்வின் ஃபார்னிக்சில் திறக்கிறது. கண் இமைகள் திறந்து மூடுவதாலும், அசைவுகளாலும், கண்ணீர், கண்ணின் நடு நோக்கிய கோணத்திற்கு செல்கிறது. புவி ஈர்ப்பின்படி, கண்ணீர், உட்புற இமை இணைச்சவ்வின் ஃபார்னிக்சுக்குச் செல்கிறது. கண்ணீர், கண் கோளப்பரப்பை ஈரமாக்குவதுடன், தூசியையும் அயற்பொருட்களையும் அகற்றி, நுண் கிருமிகளுக்கு எதிரியாகப் பணி புரிகிறது. இரண்டு இமைகளின் ஓரங்களில் காணப்படும் கண்ணீர் அரும்பில் **கண்ணீர் செல்லும் பாதைகள்** அமைந்துள்ளன. மூக்கின் உட்புறச் சுவரில் (கண்ணீர் பைக்கான பள்ளம்) எலும்புப் பள்ளத்தில் காணப்படும் கண்ணீர் பைக்கு, கண்ணீர் கால்வாய் வழியாக, கண்ணீர் வந்தடைகிறது. கண்ணீர் பையிலிருந்து, கண்ணீர், மூக்கு கண்ணீர் நாளம் வழியாக வழிந்து, கீழ்ப்புற மூக்கு குழிவை அடைகிறது.

கண்ணீர் உறுப்புக்களின் நோய்களின்போது, பிரதான கோளாறு கண்ணீர் சொரிவேயாகும். இது இடைவிடாது இருக்கலாம் அல்லது நீர் கோப்பின் போது காணப்படலாம். கண்ணீர் சொரிவுக்கு பல்வேறு காரணங்கள் உள்ளன. உட்புற கோளத்தில் கண்ணீர் குழிவுடன் காணப்படும் கண் இமை வெளி இறக்கம்; கண்ணீர் கால்வாய் குறுகலடைவது; பற்கள், மற்றும் மூக்கு, மூக்குப்பக்கப்புழைகள் ஆகியவற்றின் நோய்கள் இன்னபிற.

கண்ணீர்கால்வாயின் ஓரளவான அல்லது முழுமையான அடைப்பு. கொல்லாய்டு வெள்ளிப் பரிசோதனை, கண்ணீர் கால்வாயினுள்



படம் 163. கண்ணீர் சுரப்பி அமைப்பு
1. கண்ணீர் சுரப்பி; 2. கண்ணீர் சுரப்பியின் இமைப்பகுதி; 3. கண்ணீர் நாளத்தின் கண்குழிவுப்பகுதி; 4. நடுவிலகிய கண் இமை இடை இணைப்பு; 5. நடுநோக்கிய கண் இமை இடை இணைப்பு; 6. கண்ணீர், பை; 7. கண்ணீர் கால்வாய்; 8. கண்ணீர் பள்ளம்; 9. மூக்கு-கண்ணீர் நாளம்

நீர் பாய்ச்சுதல், எக்ஸ்கதிர்படம், துழாவி கொண்டு ஆய்வு, ஆகிய பரிசோதனைகள் மூலம், இந்த நோய் நிர்ணயம் செய்யப்படுகிறது. இந்தக் கோளாறு உள்ள நோயாளிகள், தவறாது, கண் பார்வையாளரிடம் அனுப்பப்பட வேண்டும். ஏனெனில் கண்ணீர் கால்வாய்கள் ஓரளவாகவோ முழுமையாகவோ அடைபட்டால், கண்ணீர்பையில் கண்ணீர் தேங்கி, கண்ணீர் பையின் நாட்பட்ட அழற்சிக்கு வழிகோலுகிறது.

கண்ணீர்பை அழற்சி. கண்ணீர்பையுள்ள இடம் அமுக்கப்பட்டால், கண்ணீருடன், கண்ணீர் குமிழிவிலிருந்து சீழும் வெளிப்படுகிறது. இடை விடாது சீழ் வெளிப்பட்டால், நாட்பட்ட இமை இணை சவ்வழற்சி உண்டாகிறது. அதேபோது விழிபளிங்குப் படலத்திற்கு ஒரு சிறிய காயம் ஏற்பட்டால் சீழ் கொண்ட புண் உண்டாகில்யூகோமாவும், பார்வை இழப்பும் உண்டாகிறது.

அறுவைமுறைதான் **சிகிச்சையாகும்.** கண்ணீர்பைக்கும் மூக்குக் குழிவிற்கும் இடையே இணைப்பு ஏற்படுத்தப்படுகிறது. வயது முதிர்ந்தவர்களில், கண்ணீர்பை அகற்றப்படுகிறது.

கண்ணீர்பையின் சீழ்நிலை. கண்ணீர்பையின் நாட்பட்ட அழற்சியின் விளைவாக இந்நோய் உண்டாகிறது. இங்கு, கண்ணீர்பையிலிருந்து, சுற்றிலுமுள்ள செல் திசுவிற்கு, சீழ் பரவுகிறது. உடல்

வெப்பம் அதிகரிக்கிறது. கண்ணீர்பை பகுதியின் சருமம் வீங்கி, கடினமடைந்து, சிவந்து, வலியுடன் இருக்கிறது. சீழ்பை திறந்து, புரை உண்டாகி, சீழ் வெளிப்படுகிறது.

சிகிச்சை. உலர் வெப்பம், குவார்ட்ஸ்—பாதரச விளக்கு கொண்டு கதிர்வீச்சு, யூ. எச். எப் சிகிச்சை, சல்பனிமைடு அல்லது எதிர் உயிர் மருந்து சிகிச்சை ஆகியவை சிகிச்சையில் அடங்கும். தீவிர அழற்சி குறைந்த உடன், அறுவை சிகிச்சை செய்யப்படுகிறது.

சிசுவில் கண்ணீர்பை அழற்சி. குறை வளர்ச்சி அல்லது மூக்குக் கண்ணீர் நாளத்தின் கீழ்ப்பகுதியின் கோளாறுகள் ஆகியவற்றால் இந்நோய் உண்டாகிறது. கண்ணீர் குமிழிலிருந்து சீழ் வெளிப்படுகிறது, கண்ணீர்பை இருக்கும் இடத்தை அழுத்தினால், சீழ் வெளிப்படுகிறது. மூக்குப்பக்கமாக, கண்ணீர்பை உள்ள சிசுவின் முகத்தின் பகுதியை மசாஜ் செய்ய தாய் பணிக்கப்படுகிறாள். இது, இரண்டு வாரங்களுக்கு நடைபெறுகிறது. இமை இணைச் சவ்வின் பையிலிருந்து சீழை அகற்ற, தொற்று நீக்கு கரையங்கள் இடப்படுகின்றன. மசாஜ் பலனளிக்காவிடில் சிசுவை, கண்பார்வையாளரிடம் அழைத்துச் சென்று, கண்ணீர் கால்வாய் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும்.

இமை இணைப்படல நோய்கள்

இமை இணைப்படலத்தில் கண்ணிமையின் உட்புரப்பு போர்த்தப்பட்டு, பின் விழி வெண்படலத்திற்குச் செல்கிறது. இது தான் இமை இணைச் சவ்வின் ஃபார்னிக்சாகிறது. கண்ணிமையின் சிலேட்டுமப்படலத்தில் தூண்வகை எபிதீலிய செல்கள் காணப்படுகின்றன. இவற்றின் சுரப்புகள், இமை இணைச்சவ்வை ஈரமாக்குகின்றன. இவற்றில் பல இரத்த நாளங்களும் உணர்வு நரம்புகளும் காணப்படுகின்றன.

இமை இணைச்சவ்வின் அழற்சி, அதிகமாக நிகழும் கண் நோயில் ஒன்றாகும்.

இமை இணைப்படலத்தின் தீவிர அழற்சி. இதற்கு, பல்வேறு பாக்டீரியாக்கள் (ஸ்டாபிலோகாக்கஸ், காக்ஸ்—வீக்ஸ் பசில்லஸ், நியூமோகாக்கஸ், ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கஸ் முதலியன) காரணங்களாக இருக்கின்றன. வைரசுகளின் பாதிப்பு தான் மிகவும் அதிகமாக இருக்கிறது. இந்நோய், முதலில் ஒரு கண்ணில் தோன்றி, பின்னர் அடுத்த கண்ணைப் பாதிக்கிறது. இரண்டு கண்களும் ஒரே சமயத்தில் பாதிக்கப்படலாம். ஊசி குத்தும் வலி, கண்ணீர் சொரிவு, ஒளிக்கூச்சம், சீழ் வெளிப்பாடு ஆகியவை நோயாளிகளிடத்தில் காணப்படுகின்றன. கண் இமை சிலேட்டுமம் வீங்கி சிவந்து காணப்படுகிறது. குருத்தெலும்பின் இமை இணைச் சவ்வில் படலங்கள் காணப்படுகின்றன. கண்கோளத்தின் இமை இணைச்சவ்வின் அடியில் இரத்தப்பெருக்கு காணப்படுகிறது. பல சிக்கல்கள் உருவாகலாம். (விழிப்பளிங்குப்

படலம் பாதிக்கப்படுவது). பொதுவான துவாலைகள், கைக்குட் டைகள், தலையணைகள் உபயோகிக்கப்படும் போது, சீழ், கண் ணீர் மூலம், நோய், மற்றவர்களுக்குப் பரவுகிறது. இமை இணைப் படல அழற்சியுள்ள ஒரு நபரிடமிருந்து, மற்றொரு சுகாதாரமான நபருக்கு, ஈக்கள் மூலம், நோய்க்காரணி (காக்ஸ்—வீக்ஸ் கிருமி, வைரஸ்)யான வைரஸ் கடத்தப்படுகிறது. குழந்தைகளில் குறிப் பாக இளஞ்சிறார்களில், இமை இணை அழற்சியுடன், மூக்கழற்சி மற்றும் தூக்கமின்மை, காய்ச்சல், ஆகியவையும் காணப்படுகின்றன.

சிகிச்சை. தினமும் 4—6 தடவைகள் தொற்று நீக்கு கரையங் கள் (சிந்தோமைசீன், நைட்ரோபுரசோன்) 5% சிந்தோமைசீன், குளோரம்பெனிகால், 0.25% ஆக்சாலின் களிம்பு, தினமும் மூன்று தடவைகள் கண் இமைகளின் பின்னே இடப்படுகின்றன. சீழ் வெ ளிப்பாடு மிகையாக இருந்தால், புதிதாக தயாரிக்கப் பட்ட பொட் டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கரையத்தால், கண்கள், கழுவப் படுகின் றன. விழிப்பளிங்குப் படலம் பாதிக்கப்பட்ட போது, உடனடியாக கண்பார்வையாரிடம் அனுப்ப வேண்டும்.

கோனோபிளனோரியா. நெய்சிரியா கொனோரியா கிருமியால் உண்டாகும் இந்நோய், சிசுக்களில் காணப்படுகிறது. குழந்தை யைப் பராமரிக்கும் ஒருவனிடமிருந்தோ, தாயிடமிருந்தோ இந்நோய் குழந்தைகளுக்குப் பரவுகிறது. கொனரியா சிறுநீர்தாரை அழற்சி கொண்ட ஒருவனிடமிருந்தும் இந்நோய் பரவக்கூடும். வயது வந்த வர்களில் இந்நோய் ஒருகண்ணையே பாதிக்கிறது. துரித சிகிச் சையால், நோய் சீரடைகிறது. மற்ற கண் பாதிக்கப் படுவது தவிர்க் கப் படுகிறது.

அறிகுறிகள். பிறந்த ஒன்றிரண்டு நாட்களில் கண் இமைகள் சிவந்து வீங்குகின்றன. சீதமும் இரத்தமும் கலந்த திரவம் வெளிப் படுகிறது. (படம் 164) இரண்டு மூன்று நாட்களில் கண் இமைகள் மிருதுவாகின்றன, இமை இணைப்படலப் பையிலிருந்து சீழ் வெளிப் படுகிறது. படலம் வீங்கி, சிவந்து, தொய்ந்து காணப்படுகிறது.

மிகவும் பயங்கரமான சிக்கல் என்னவெனில் விழிபளிங்குப்பட லப் புண் ஆகும். இங்கு, விழி பளிங்குப்படலம் துரிதமாக அழிந்து பட்டு, ஆழமான ல்யூகோமா உண்டாகிறது. கிராம் பரிசோதனை முறை மூலம், சீழ்பூச்சை ஆராய்ந்து வியாதி நிர்ணயம் செய்யப்படு கிறது. இந்தப்பூச்சில், பல வெள்ளணுக்கள், கிராம் நெகடிவ் டிப் ளோகாக்கை, கோனோகாக்கை, செல்களுக்குள்ளேயும் வெளியே யும் காணப்படுகின்றன.

சிகிச்சை. தசை ஊசியாக பெனிசிலின் அல்லது ஸ்ட்ரெப்டோ மைசீன் கொடுக்கப்படுகிறது, அல்லது மாத்திரையாக குளோரம் பெனிகால் தினமும் 4—6 தடவைகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. சீழ் வெளிப்படுவது நிற்கும் வரையிலும், சீழில் கோனோகாக்கை கிரு



படம் 164. வெட்டைநோய் இமை இணை அழற்சி

மிகள் காணப்படாத வரையிலும், எதிர் உயிர் மருந்துகளின் கரை யச் சொட்டுக்கள் தினமும் 6—8 தடவைகள் கண்ணுக்குள் இடப்ப டுகின்றன. பார்வை இழப்பு என்ற ஆபத்து இருப்பதால், நோயா ளியை கண்பார்வையாளரிடம் அனுப்ப வேண்டும், கண்ணுக்குக் கட்டு போடக்கூடாது.

மாட்வீவ்—கிரீட் முறைகொண்டு, **கோனோபிளனோரியாவை**, சிசுக்களில் தடுக்கும் வழிகள் வருமாறு: குழந்தை பிறந்தவுடன், போரிக் அமிலக் கரையத்தில் தோய்த்த பஞ்சுகொண்டு குழந் தையின் கண் இமைகள் துடைக்கப்படுகின்றன. 2% வெள்ளிநைட் ரேட் கரையத்தின் (கருமையான பாட்டில்களில் 10 நாட்களுக்கு மேல் சேமித்து வைக்காத) 2 சொட்டுக்களை இமை இணைச்சவ் வினுள் இட வேண்டும். வெள்ளி நைட்ரேட், சில போது சிலேட் டுமப் படலத்தை உறுத்தி தீவிர அழற்சியை—கோனோபிளனோரி யா போன்ற—உண்டாக்குகிறது. இதை விட சிறந்த மருந்து (கண் ணை உறுத்தாத), பெனிசிலின் கரையமாகும். (1 மி.லி.ல் 25,000 யூ) அல்லது 1% சிந்தோமைசீன் எமல்ஷனை, இரண்டு தடவை, இமை இணைச்சவ்வின் பைக்குள் இட வேண்டும். குழந்தை பிறந்த வுடன் முதல் தடவையாகவும், இரண்டு மணி நேரங்கழித்தும் மருந் துகளை சொட்டிடலாம்.

இமை இணைச்சவ்வின் டிப்தீரியா. நோய் காரணி, கிளெப்ஸ்— லாஃப்லரின் பசில்லஸ் அல்லது **கோரின் பாக்டீரியம் டிப்தீரியா** ஆகும். இள வேனிற்காலத்திலும், குளிர்காலத்திலும், சிறார் களும், பள்ளிக் குழந்தைகளிலும் இந்நோய் காணப்படுகிறது. சுயேச்சையான வியாதியாக இது, அபூர்வமாகவே காணப் படுகிறது. வாய்நுழைவாயில் மற்றும் மூக்கு ஆகியவற்றின் டிப்தீரியாவுடனேயே பொதுவாக, இந்நோய் காண்ப்படுகிறது. நோய் துவக்கத்தில், கண்ணிமைகள் கடினமாக இருக்கின்றன, சீதச்

சீழ் வெளிப்பாடு மிகவும் குறைவாகவே இருக்கிறது. இரண்டு, மூன்று நாட்களில் கண்ணிமைகள் மிருதுவடைகின்றன, சீழ் வெளிப் பாடு மிகையாகிறது. குருத்தெலும்பின் படலத்தின் மீது கெட்டி யான பொய் படலங்கள் காணப்படுகின்றன. இவற்றை, அகற்ற முடியாது. (படம் 165) ஒரு வாரம் கழித்து அவை உரிந்து விடுகின்



*படம் **165.** இமை இணைச்சவ்வின் டிப்தீரியா*

றன. புண்கொண்ட பரப்பு தெரிகிறது, அதுவும், ஒருவடுவுடன் சீரடைகிறது. இமை இணைச்சவ்வின் டிப்தீரியா மிகவும் அபாய கரமானது. ஏனெனில் இதன் விளைவாக விழி பளிங்கு படலத்தின் புண் உண்டாகி ல்யூகோமாவில் முடிவடைகிறது. பல கேசுகளில் கண், பெருமளவில் பாழடைகிறது. நோய் குறைந்த அளவிலும் காணப்படலாம். சிலேட்டுமப்படலமும், கண்ணிமைகளும் ஓரள வான வீக்கத்துடன் காணப்படுகின்றன. உருவாகும் பொய்படலங் களை எளிதில் அகற்றி விட முடியும். இதன் பின்னர் இரத்தக்கசிவு ஏற்படுகிறது.

பாக்டீரியா பரிசோதனைகள் மூலம் டிப்தீரியா நோயை நிர்ண யம் செய்ய வேண்டும். ஏனெனில் படலங்களுடன் காணப்படும் இமை இணைச்சவ்வின் அழற்சி மற்றும் பல காரணங்களாலும் (நியூ மோகாக்கஸ், காக்—வீக்ஸ்பசில்லஸ், ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கஸ், வை ரஸ்கள்) உண்டாகலாம். நோயின் கொடூரத்தன்மையைப் பொறுத் தன்றி, கண்களின் டிப்தீரியா நோய்க்கு, தொற்றும் நோய் துறை யிலேயே, சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். டிப்தீரியா எதிர்டாக்சின் (6000—10,000 யூ) தசை ஊசியாகவும், எதிர் உயிர் மருந்துகள் மாத்திரைகளாகவும் கொடுக்கப்படுகின்றன. தினமும் 4—6 தடவை கள் 5% சிந்தோமைசீன் அல்லது குளோரம்பெனிகால் களிம்பு, இமை இணைச்சவ்வுப்பைக்குள், செலுத்தப்படுகிறது.

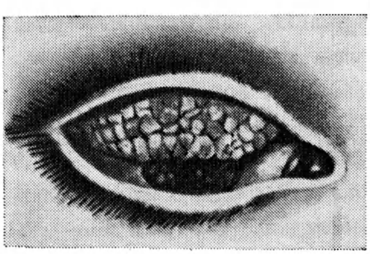
நாட்பட்ட இமை இணைச்சவ்வழற்சி. *இந்த நோய் கண்டவர்க ளுக்கு, இமைகளின் கனம், எரிச்சல், கண்களில் ஏதோ ஒரு அயற்*

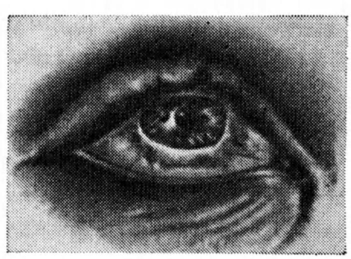
பொருள் இருப்பதான உணர்வு, கண் ீர்சொரிவு, ஒளிக்கூச்சம் ஆகியவை இருக்கின்றன. கண்கள் எளிதில் களைப்படைகின்றன. பரிசோதித்துப் பார்த்தால், குருதி திரட்சி காணப்படுகிறது, சில கேசுகளில் சிலேட்டுமப் படலத்தின் தளர்வும், குறைந்த அளவில் வெளிப்பாடும் காணப்படுகின்றது. கண் இமை அழற்சி, சரிசெய்யப்படாத பார்வைகுறைவு, கண்ணீர்பை அழற்சி, மூக்குப்பக்கபுழைகளின் நோய்கள், வளர்சிதைமாற்றக் கோளாறுகள், குறைந்த அல்லது அறவே இல்லாத வைட்டமின்கள், வயிற்றுப்பூச்சிகள், தொழில் வழி அம்சங்களால் கண் உறுத்தல், கிருமி பாதிப்பு ஆகியவை நாட்பட்ட இமை இணைச்சவ்வின் அழற்சிக்குக் காரணமாக இருக்கின்றன.

சிகிச்சை. நோயின் காரணத்தைப் பொறுத்து சிகிச்சை அமைகிறது. சரியான கண்ணாடி வில்லைகள் பரிந்துரைக்கப்படுக்கப்படுகின்றன. 0.25—05% துத்தநாக சல்பேட் கரையம் அல்லது 0.02% நைட்ரோபுரசோன் கரையம், 0.25% சிந்தோமைசீன் அல்லது குளோரோம்பெனிகால் கரையம் இமை இணைச்சவ்வின் பைக்குள் சொட்டிடப்படுகிறது. பணி செய்யும் இடத்தின் பொதுநலச் சுகாதாரஅமைப்புகளும், அன்றாட நியதிகளும் கவனிக்கப்பட வேண்டும்.

இமை இணைச்சவ்வின் குமிழ் நோய்கள்

இளவேனிற்கால (வெர்னல்) நீர்கோப்பு. ஆண்டுதோறும், வெப்ப கால நிலையின்போது இந்த நாட்பட்ட நோய் தோன்றுகிறது. பையன்களில், இது அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. பள்ளி செல்லும் வயதில் துவங்கி, வயதடைந்தவுடன் முடிகிறது. கண்களில் உறுத்தல் மற்றும் கண்ணீர்சொரிவு, ஒளிக்கூச்சம் ஆகியவை நோயாளிகளிடம் காணப்படுகின்றன.. மேல் இமையின் சகஜமான சிலேட்டுமத்தில் பெரிய தடிப்புகள் (அரும்புகள்)—காபிள்ஸ்டோன் தளம் போன்று—தோன்றுகின்றன. (படம் 166) வைட்டமின் பற்றா குறை, நாளமில் சுரப்பிக்குறைபாடு, புற ஊதாக்கதிர்களுக்கான





A B

படம் 166. இளவேனிற்கால நீர்கோப்பு
A—இமை இணைச்சவ்வு வகை; B—லிம்பல் வகை

கூருணர்வு, அலர்ஜி (செடி, மகரந்தம், மருந்துகள்) ஆகிய நிலைகள் இந்நோயுடன் காணப் படுகின்றன.

சிகிச்சை. மீன் எண்ணெய், ரைபோஃபிளேவின், கால்சியம் குளோரைடு, பிரிட்னிசோலன், ஆகியவை வாய்வழியாகக் கொடுக் கப்படுகின்றன. அலோ கரையம் தசையினுள் செலுத்தப் படுகிறது. 0.25—0.5% துத்தநாகக் கரையமும் 0.1% அட்ரினலும் உட்சொட் டிடப்படுகிறது. சார்டிசோன் சொட்டுகள் அல்லது 2% அமிடோபை ரினும் அட்ரினலிலும் கலந்த கரையம், நல்ல பலனளிக்கிறது. கருப் புக் கண்ணாடிகள் அணியப்படுகின்றன.

குமிழ்நீர் கோப்பு அல்லது இமை இணைச்சவ்வழற்சி. இந்த வியாதியில் சிலேட்டுமம், குருதிதிரட்சியுடன் காணப்படுகிறது. குமிழ்கள் ஒரே வரிசையாக அமைந்துள்ளன. சில போது அவை இமை இணைச்சவ்வெங்கும் சிதறிக் கிடக்கும்; பொதிந்தும் கிடக் கும். வெளிப்பாடும் காணப்படுகிறது.

மூக்கு மேற்தொண்டை—வியாதிகள், மூச்சுக்குழல் நிணை அழற்சி, வயிற்றுப் பூச்சிகள், ஒளிவிலக்கு விகாரத்தைச் சரி செய் யாத நிலை, பள்ளியிலும், வீட்டிலும் உள்ள பாதகமான பொது நல சுகாதார சூழ்நிலைகள், பாக்டீரியா, வைரஸ் பாதிப்புகள் ஆகியவற்றின் போது, குழந்தைகளில் இந்த இரண்டு நோய்களும் காணப்படுகின்றன.

சிகிச்சை. இமை இணைச்சவ்வழற்சி சீரடைகிறது, வயிற்றுப் பூச்சி எதிர் சிகிச்சை தரப்படுகிறது, கால்சியம் குளோரைடு, பல வைட்டமின்கள் கொடுக்கப் படுகின்றன. சரியான கண்ணாடிகள் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன, பொது நல சுகாதார சூழ்நிலைகள் முன்னேற்றமடைகின்றன. நோயாளியை காச நோய் நிபுணரும், காது மூக்கு தொண்டை நிபுணரும் பரிசோதிக்க வேண்டும். டிரா கோமாவின் முக்கிய வெளிப்பாடுகளில் ஒன்று, குமிழ்களாதலால் சில போது இரண்டையும் பிரித்தறிவது சிரமமாகும். ஆகவே இந்த **நோய்கொண்ட எல்லா நோயாளிகளும் உடனுக்குடன், தவறாது, கண்பார் வையாளரின் பரிசோதனைக்கு அனுப்பப்பட வேண்டும்.**

டிரகோமா

இமை இணைச்சவ்வு மற்றும் விழிப்பளிங்குப்படலம் ஆகியவை, பெரிய குறிப்பிட்ட வைரஸ்களால் பாதிக்கப்படும்போது, நாட் பட்ட அழற்சி ஏற்பட்டு, டிரகோமா உண்டாகிறது. சிலேட்டும அடித்திசுவில் பரவலான ஊடுருவலும், குமிழ்கள் உருவாவதும், இதன் விளைவாக தழும்பு தோன்றுவதும் இந்நோயின் சிறப்பு அம்சங்களாகும். ஒரு நீண்ட போக்குடன் வியாதி அதிகமாவதும் திரும்பத் திரும்பத் தோன்றுவதுமாக உள்ள இந்த நோயின் நிலை, நோயாளியின் பொது நிலையைப் பொறுத்து இருக்கிறது. காச

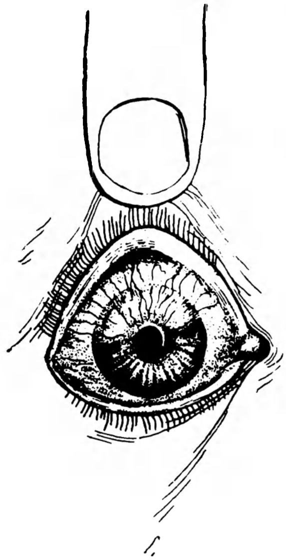
நோய், மற்றும் கண்டமாலை, மலேரியா, வயிற்றுப்பூச்சி, வளர் சிதை மாற்றக்கோளாறுகள், வைட்டமின் குறைநிலை, ஆகிய வற்றால் அவதிப்படும் நோயாளிகளில், டிரகோமா தீவிரமான போக்கை அடைகிறது. சில போது டிரகோமாவுடன் இமை இணை அழற்சியும் காணப்படுகிறது. மிகக் குறைந்த அளவிலான நோயும் காணப் படுகிறது. இங்கு, நோய், குறைந்தகாலமே நீடித்து, சாதகமான முடிவுடன் தானாகவே சரியடைகிறது.

டிரகோமாவின் 4 நிலைகள் பிரித்தறியப்படுகின்றன. (வண்ணப் படம் XII.).

நிலை I (டிரகோமா I). குழந்தைகளில் அதிகமாகக் காணப் படும் இது, சில போது கவனிக்கப்பட முடியாமலேயே சென்று விடுகிறது. முன்தடுப்பு பரிசோதனையின் போது இந்நோய் கண்டு பிடிக்கப்படுகிறது. வெளிப்பாடும், கண்ணில் வலியும், மேல் இமை யின் தொய்வும் இந்நோயில் காணப்படுகின்றன. அகவய அறிகுறி களாவன: குருதிதிரட்சி, இமை இணைச்சவ்வின் ஊடுருவல் (தடி த்த நிலை) காணப்படும் குமிழ்கள், சாகோபோன்ற சாம்பல் நிற புடைப்புகளுடன், தானியமணிகள் போன்று, இமை இணைச்சவ் வில் இங்குமங்குமாகக் கிடக்கின்றன. இமையின் தூக்குதசையும், குருத்தெலும்பும் ஊடுருவப் படுவதால் மேல் இமை தொய்ந்துவி டுகிறது. தீவிர இமை இணைச்சவ்வழற்சி போன்று, டிரகோமா துவங்குவதும் திடீரென்று இருக்கலாம். **நிலை II.** (டிரகோமா II) புதிய குமிழ்கள் உருவாவதும், பழயன சிதைந்துபடுவதும், ஊடுரு வல்களும், குமிழ்கள் இருந்த இடத்தில் வெண்மையான தளும்புகள் தோன்றுவதும் இந்நிலையின் அம்சங்களாகும். **நிலை III** (டிரகோ மா III). குறைவான குமிழ்களும், சில ஊடுருவல்களும், இதைத் தொடர்ந்து பெருமளவில் தளும்புகளும் இந்நிலையின் அறிகுறி களாகும். **நிலை IV.** (டிரகோமா IV) டிரகோமா சீரடைந்துவிடு கிறது. இமை இணைச்சவ்வு பூராவும் வடுக்களாக இருக்கின்றன. வடுக்கள் நுண்ணியதாகவோ, கரடுமுரடாகவோ இருக்கலாம்.

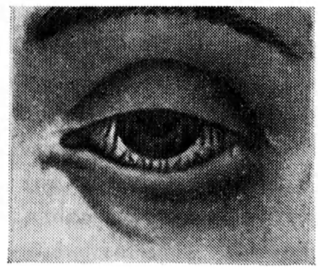
மேலிருந்து, டிரகோமா நிகழ்வு, விழிப்பளிங்குப் படலத்திற்குப் பரவுகிறது. இதைத் தொடர்ந்து விழிப் பளிங்குப்படலம்மங் கலடைந்து, இரத்த நாளங்களால் ஊடுருவப்படுகின்றன. (பேனஸ்) (படம் 167)நிகழ்வின் செறிவைப் பொறுத்து, பேனஸ்டீனியஸ், பேனஸ் வேஸ்குலோசிஸ், பேனஸ் கார்னோசஸ் என்று பிரித்த றியப்படுகின்றன. பேனஸ் இறுதியில் விழிப்பளிங்கு படலத்தை கலங்கலாக்கி, ல்யூகோமாவை உண்டாக்கி, பார்வை இழப்புக்கு வழிவகுக்கிறது.

பின்விளைவுகள். இமை இணைச்சவ்வின் கரடுமுரமான தளும் புகள், அதைச்சுருக்குகின்றன. சில கேசுகளில் கண்கோளத்திற்கும், கண்ணிமைகளின் சீதச்சவ்விற்கும் இடையே ஒட்டும் பொருட்க



படம் 167. டிரகோமாவில் காணப்படும் பேனஸ்

ளை உண்டாக்குகின்றன. குருத்தெழும்பு களில் உள்ள வடுக்கள், குவிந்து, தொட்டி வடிவில் இருப்பதால், இமை உள் இறக்கம் ஏற்படுகிறது. (எண்டரோபியான்). இந்த நிகழ்வில் இமை ரோமங்களின் குமிழ்களும் பாதிக்கப்படுவதால், இமைகளின் விளிம்புகள்



படம் 168. இமைஉள்ளிறக்கமும், இமை மயிர்களின் அசாதாரண வளர்சியும் (எண்ட்ரோபியான் டிரைகியாசிஸ்)

உருத்திரிபடைகின்றன. இமை ரோமங்கள் அசாதாரண முறையில் வளருகின்றன. (டிரைகியாசிஸ்) (படம் 168) இமை ரோமங்கள் விழிப் பளிங்குப்படலத்தின் மேல் உரசுவதால், புண்கள் உண்டாகின்றன. கண்ணீர் சுரப்பியின் நாளங்களும், சிலேட்டுமப் படலமும், தளும்புகள் கொண்டிருப்பதால், விழிபளிங்குபடலமும், இமை இணைச்சவ்வும் உலர்ந்துவிடுவதுதான் (சீரோசிஸ்) இதன் பின் விளைவுகளாகும். இத்தகைய கேசுகளில் உலர்ந்த பரப்புடன் கூடிய கரடுமுரடான ஒரு ல்யூகோமா, விழிபளிங்குப் படலத்தில் உண்டாகிறது. தீர்க்கமுடியாத பார்வை இழப்பும், உண்டாகிறது. டிரகோமாவின் பின்விளைவு, அறுவையால் தான், சீர் செய்யப்படமுடியும்.

இனி ஏற்படும் கிருமி பாதிப்பு, காக்—வீக்ஸ் கிருமியால் உண்டாக்கும் இமை இணைப்படல அழற்சி, வைரஸ்கள், ஸ்டாபிலோகாக்கை, மோராக்ஸ் ஆக்சன் பீல்டுடிப்ளோகாக்கஸ், மற்றும் பல முகவங்கள் ஆகியவை, டிரகோமா நிகழ்வை மேலும் சிக்கலடையச் செய்கின்றன. இமை இணைப்படலத்தின் அழற்சி டிரகோமா வைரஸ் பரவுவதற்கான சாதகமான சூழ்நிலையை உண்டாக்குகிறது. டிரகோமா நிகழ்வு அதிகமாகி மீண்டும் மீண்டும் தோன்றுகிறது. நோயாளியுடன் தொடர்பு கொண்டவர்களுக்கும் நோய் பரவுகிறது.

சிக்கல்கள். கண்ணீர் உறுப்புக்கள் பாதிக்கப்படும் போது, கண்ணீர்

வழிப்பாதைகள் நலிவடைகின்றன. (கால்வாய் அழற்சி, கண்ணீர் நாள அழற்சி) கண்ணீர் சொரிவு குறைவதாலும், இமை இணைச்சவ்வினுள் சீழ் இடைவிடாது சுரக்கப்படுவதாலும், நாட்பட்ட இமை இணைச்சவ்வழற்சி தோன்றி, டிரகோமாவின் போக்கை ஊக்குவித்து, நோய் சீரடைவதில் குந்தகம் விளைவிக்கிறது.

இமை இணைச்சவ்வின் அழற்சியும், கண்ணீர் கால்வாயின் நோய்களும், விழிப் பளிங்குப் படலத்தின் புண்களால், மோசமடைகின்றன. இதனால் ல்யூகோமா உண்டாகிறது. மிகவும் மோசமான கேசுகளில், விழி பளிங்குப்படலம் கிழிந்து படுவதுடன், கண்ணும் முழுமையாக நசிந்துவிடுகிறது.

இமை இணைச்சவ்வையும், (குறிப்பாக பார்னிக்சுகள் ஆராயப்பட வேண்டும்) விழிப் பளிங்குப்படலத்தையும், பரிசோதிப்பதன் மூலம் டிரகோமா நோய் நிர்ணயமாகிவிடுகிறது. வடுக்களும், நிலை பெற்ற அறிகுறிகளும் இருக்கும் போது நோய் நிர்ணயம் சிரமம் அல்ல. அறிகுறிகள் குறைவாக இருக்கும் போது, நிலை 1-ல், நோய் நிர்ணயம் சிரமமாகும். குமிழ் இமை இணைப்படல அழற்சியிலிருந்து டிரகோமாவைப்பித்தறிய வேண்டியுள்ளது. பிரித்தறிவதற்கு உதவியாக, அதன் அறிகுறிகளை வகைப்படுத்தியுள்ளார் வி. வி. சிர்கோவ்ஸ்கி.

குமிழ் இமை இணைச்சவ்வழற்சிக்கும், டிரகோமாவுக்குமான பிரித்தறியும் அறிகுறிகள்

குமிழ் இமை இணைச்சவ்வழற்சி	டிரகோமா
1. கீழ்புற இமை இணைச்சவ்வின் பார்னிக்ஸ் பெருமளவிலும் மேற்புற பார்னிக்ஸ், ஓரளவாகவும் பாதிக்கப்படுகிறது	1. மேற்புற இமை இணைச்சவ்வின் பார்னிக்ஸ் மேற்புற இமை, குருத்தெலும்பு சவ்வு பாதிக்கப்படுகிறது
2. ஓரளவான ஊடுருவலும்இமை இணைச்சவ்வின் தடிப்பும்	2. இமை இணைச்சவ்வின் பரவலான தடிப்பு,பல குமிழ்கள், அதன் பின்னிய தன்மையும்
3. இமை இணைச்சவ்வின் பார்னிக்சில் ஒரேவரிசையில் குமிழ்கள் காணப்படுகின்றன .குமிழ்கள் பெரிதாகவும், கனிந்தும் இளஞ்சிவப்பு நிறத்துடனும் வீங்கியும், இமை இணைச்சவ்வின் மேற்பரப்பில் காணப்படுகின்றன	3. திசுவின் ஆழத்தில் குமிழ்கள் காணப்படுகின்றன. கலங்கிய சாம்பல் நிறமாகவும் ,இங்குமங்குமாகவும் காணப்படுகின்றன
4. விழிபளிங்குப்படலம் பாதிக்கப்படுவதில்லை	4. விழிபளிங்குப்படலம் பெருமளவில் பாதிக்கப்படுகிறது. பேன்சும், இரத்த நாளமில்லாத விழிப்பளிங்குபடல அழற்சியும் காணப்படுகிறது

5. இமை இணைப்படலத்தில் தளும்புகள் காணப்படுவதில்லை	5. டிரகோமாவில், இமை இணைப்படலத்தின் வடுக்கள், பெருமளவில் காணப்படுகின்றன

இது தவிர, நோய் பரவிய நிலவரம் பற்றிய புள்ளி விபரமும் தேவைப்படுகிறது. ஒரு குறிப்பிட்ட இடத்தில் டிரகோமா, குடும்பத்தில், குழந்தைகள் நிறுவனங்களில், தங்கும் விடுதிகளில், டிரகோமா நோயாளியுடன் ஏற்படும் தொடர்பு ஆகியவற்றைக் கணக்கிலெடுக்க வேண்டும்.

சந்தேகமான கேசுகளில், குறிப்பாக இளஞ்சிறார்களிலும், பள்ளிச் சிறுவர்களிலும், இமை இணைச்சவ்வின் அழற்சி எனக்கொண்டு சிகிச்சையளிப்பது நல்லது. ஒரு சில நாட்களில் இமை இணைச்சவ்வின் தீவிர வெளிப்பாடுகள் முழுமையாக மறைந்தவுடன், நிலைமை தெளிவாகிறது.

நோய்காரணியும், நோய் பரவிய நிலையும். டிரகோமாவின் காரணி வைரஸ் தான் என நிரூபிக்கப்பட்டுள்ளது.

ஒரு டிரகோமா நோயாளியிடமிருந்து, சுகாதாரமான நபருக்கு, பொதுவாகப் பயன் படுத்தப்படும் பொருட்களால் (துண்டு, கைக்குட்டை, தலையணை, கழுவும் பாத்திரம்) டிரகோமா நோய் பரவுகிறது. நோயாளியின் கைகளுடன் தொடர்பு கொண்டாலும் நோய் பரவுகிறது. நோயாளியின் கண்களிலுள்ள சீழை, ஈக்கள் தாங்கள் கால்களில் எடுத்துச் சென்று மற்றவர்களின் கண்களுக்கு பரப்புகின்றன.

ஆகவே, ஒரு டிரகோமா நோயாளி நோய்பரப்பலின் குவியமாக அமைகிறான். அதே போது, அன்றாட வாழ்வின் பாதக சூழ்நிலைகள், மிகவும் மோசமான பொதுச்சுகாதார நிலைகள், மக்கள் நெரிசல், தாழ்ந்த வாழ்க்கைத்தரம், போதாத மருத்துவவசதிகள், மருத்துவவசதிகள் இல்லாமை போன்ற அம்சங்கள், நோய் பரப்பலுக்கு உதவுகின்றன. இந்த அம்சங்கள் அகற்றப் பட்டால் தான் டிரகோமாவின் சிகிச்சையும், தடுப்பு முறைகளும் பலனளிக்கும்.

சோவியத் யூனியனின் சில பகுதிகளில், மிகச்சில டிரகோமா கேசுகள் காணப்படுகின்றன. இதில் நிலை 3 தான் மிகையாக இருக்கிறது, உலகெங்கும் (குறிப்பாக வளர்ந்து வரும் நாடுகளில்) சுமார் 500 மில்லியன் டிரகோமா நோயாளிகள் உள்ளனர் என்ற உண்மையே சோவியத் யூனியனின் பொதுச் சுகாதாரத் துறையின் சேவைக்கு சாட்சியாகும். இது, நோய்க்கும், மக்களின் சமூக பொருளாதார நிலைக்கும் உள்ள தொடர்பை, வலியுறுத்துகிறது.

டிரகோமா நோயாளிகள் அனைவரும், அவர்களின் குடும்பத்தினரும் சுய சுகாதார நியதிகளைப் பின்பற்ற வேண்டிய அவசியத்தை வலியுறுத்த வேண்டியது மருத்துவ ஊழியர்களின் கடமையாகும். ஈக்களை ஒழிப்பது மிகவும் முக்கியமாக நடவடிக்கையாகும்.

டிரகோமா நோய் இருப்பதாக சந்தேகம் ஏற்படில் மாவட்ட மருத்துவ அலுவலருக்கு நோயாளி இட்டுச் செல்லப் படுகிறான். பின்னர் கண் மருத்துவரும் பரிசோதித்து, நோய் நிர்ணயம் ஆன வுடன் தான், அறிவிப்பு அட்டை தயார் செய்யப்பட்டு, மாவட்ட பொதுச் சுகாதாரத்துறைக்கு அனுப்பப்படுகிறது. புற நோயாளிப் பகுதியில், அவனது மருத்துவ வரலாறு தயார் செய்யப்பட்டு, சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. பொதுமக்கள், குறிப்பாக பள்ளிச் சிறுவர்கள், வாலிபர்கள், டிரகோமா நோயாளி உள்ள குடும்பத் தின் உறுப்பினர்கள் ஆகிய அனைவரையும் முன் காப்பு பரிசோ தனைக்கு இட்டுச் செல்ல வேண்டியது (வருடத்திற்கு இரண்டு தடவை) மருத்துவ ஊழியர்களின் கடமையாகும்.

நோயாளிகளை துவக்கத்தில் கண்டுபிடித்தலும் துரிதமாக சிகிச் சை அளிப்பதும், எல்லா நிறுவனங்களின் கடமையாகும், இதன் மூலம் கூட்டுப்பண்ணைகளிலும் குடும்பத்திலும் நோய் குவியம் ஒழிக்கப்படுகிறது. நோய் சீரடைந்தவுடன், நோயாளியை ஒரு வரு டத்திற்கு கண்காணிப்பில் வைக்க வேண்டும். நோய் மீண்டும் வரா மலிருக்க, சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். இந்தக் கால கட்டத்தில் நோயாளி, சுகாதாரமாக இருப்பதாகத் தெரிந்தால், அவனது பெ யரை, பதிவேட்டிலிருந்து அகற்றி விட வேண்டும். எனினும் நோ யாளியும் அவனது குடும்பத்தினரும், முறையாக அடிக்கடி பரி சோதிக்கப்பட வேண்டும்.

பொதுமக்களுக்கு முன் காப்புப் பரிசோதனைகளின் போது சுகா தாரக் கல்வி அளிக்கப் பட வேண்டும். புற நோயாளி பகுதியிலும், நோயாளிகளை வீட்டில் சந்திக்கும் போதும், சுகாதாரக் கல்வி அளிக்கப்பட வேண்டும். வானொலியையும், செய்தித் தாள்களை யும் நன்கு பயன் படுத்த வேண்டும். டிரகோமா நோய் எவ்விதம் பரவுகிறது, அதைத்தடுக்கும் வழிகள் என்ன என்பதை மக்கள் தெரிந்திருக்க வேண்டும்.

கண்பார்வையாளர், மற்றும் மாவட்ட மருத்துவ அதிகாரி ஆகி யோரின் கவனிப்பில், செவிலியர்கள் டிரகோமா நோயாளிகளுக்கு சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

சிகிச்சை. டிரகோமா நோயாளிகளுக்கு இடைவிடாத சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும். எதிர் உயிர் மருந்து ஒன்றின் (ஆக்ஸிடெட் ராசைக்ளின், எரித்ரோமைசீன், ஓலியாண்டோமைசீன்) 1% களிம் பை கண் இமைகளுக்குப்பின்னால், தினமும் 4—5 தடவைகள், இட வேண்டும். சாதாகமாக இருந்தால், இது 6 மாதங்களுக்குத் தொடர்ந்து செய்யப்பட வேண்டும். ஆனால் களிம்பு தினமும் ஒரு தடவை தான் உபயோகிக்கப் படுகிறது. இரவு படுக்கப்போகு முன், டிபியோமைசீன் களிம்பை கண்ணிமைக்குப் பின்னால் இடுவதுநலம்.

உலக சுகாதாரக்கழகத்தின் (டபிள்யூ—எச்—ஓ) (1975) பரிந்

துரைப்புப்படி பெருமளவிலான மக்களுக்கான சிகிச்சை, 1962 லிருந்து விட்டு விட்டே செய்யப்பட்டு வந்தது. சிகிச்சை விட்டு விட்டு செய்யப்பட்டாலும், இடைவிடாது செய்யப்பட்டாலும் விளைவு ஒன்றாகவே இருந்தது. 6 மாதங்களுக்கு ஒவ்வொரு மாதமும் 3—6 நாட்களுக்கு, தினமும் 2—3 தடவைகள் 1% எதிர் உயிர் மருந்துக்களிம்பு, கண் இமைகளின் பின்னால் இடப்பட வேண்டும்.

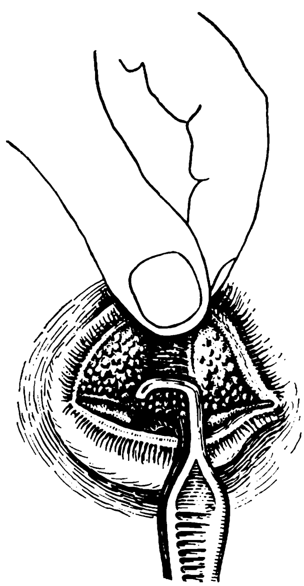
சில தனிப்பட்ட கேசுகளில், டிரகோமா கரணைகள், கவனத்துடன் அகற்றப்படுகின்றன. (டாக்டரின் அறிவுரைப்படி தான்). பாதுகாப்பு கண்ணாடிகள் அணிந்து கொண்டு, கிருமி பாதிப்பைத் தவிர்த்து, செவிலியர் இந்தச் செயல் முறையை ஆற்ற வேண்டியது அவர்களின் கடமையாகும். ஒரு படுக்கையின் மேல், மல்லார்ந்து, நோயாளி கிடத்தப் படுகிறான்; அல்கஹால் கொண்டு, கண்ணிமைகளின் சருமம் துடைக்கப்படுகிறது; அல்லது பிரில்லியின்ட் பச்சை கொண்ட அல்கஹால் ஆல் பூசப்படுகிறது. இமை இணைப்படலத்தின் பையினுள் 0.25% டெட்ராகைன் கரையம் மூன்று தடவைகள் உட்சொட்டிடப்படுகிறது, அல்லது 1 மி. லி. 1% புரோகைன், ஒவ்வொரு இமை இணைச்சவ்வின் ஃபார்னிக்குள் ஊசி மூலம் செலுத்தப்படுகிறது. கண்ணிமை மேல் நோக்கிப் புரட்டப்படுகிறது. சாமணங்களின் பிளேடுகளுக்கிடையில், இமை இணைச்சவ்வு அமுக்கப்படுகிறது. (படம் 169) சாமணத்தை, இணைச்சவ்வின் பரப்பு பூராவும் செலுத்த வேண்டும். இதன் பின்னர் 0.25% குளோரம்பெனிகள் கரையம் கொண்டு கண்கள் கழுவப்படுகின்றன. குளிர்ந்த லோஷன்கள் இடப்படுகின்றன. விழி பளிங்குபடலப்புண்கள் மற்றும் பேனஸ் இருப்பது, கீழ் வெளிப்பாடு ஆகியவற்றின் போது அகற்றுதல் நிறுத்தப்பட வேண்டும், இந்த செயல்முறைக்குப் பின்னர் நோயாளிகள் தொற்றும் தன்மையுடையவர்களான இருக்கிறார்கள். ஆகவே நோயாளிகளை கொஞ்சநாட்களுக்கு தனிமைப்படுத்தி வைக்க வேண்டும். பள்ளிக்கூடத்திற்கு, குழந்தைகள், செல்லக் கூடாது. மூன்றாம் நிலை டிரகோமா தான், சிகிச்சைக்குப்பலனளிப்பதில்லை. தினமும் ஒரு தடவை 1% டிபியோமைசீன் களிம்பை இட்டால் நல்ல பலன் கிடைக்கிறது. 4வது நிலையிலுள்ள டிரகோமா நோயாளிகளுக்கும் இந்தக் களிம்பு, நோய் மீண்டும் வருவதைத் தடை செய்வதில், உதவுகிறது. இந்த நோயாளிகளுக்கு 0.25% துத்தநாக சல்பேட் சரையத்தை உட்சொட்டிடுவதும் பலனளிக்கிறது. இந்த சிகிச்சையின் பின்னர், இரண்டு மூன்று ஆண்டுகளுக்கு மூன்று மாதங்களுக்கு ஒரு தடவை சீரடைந்த நோயாளி பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும்.

சிகிச்சையின் போது பொதுவான, உடல் நலம் ஊக்குவிக்கும் முறைகள் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. பல வைட்டமின்களும், கால்சியம் குளோரைடும் இதமளிக்கின்றன. சல்பாதியடோல் அல்லது

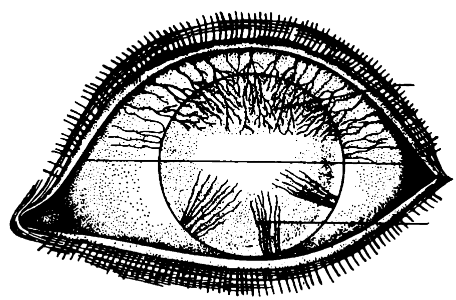
எதிர் உயிர் மருந்துகள், மாத்திரைகளாக 7—10 நாட்களுக்கு பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. சில போது சிகிச்சையை தற்காலிகமாக நிறுத்தி வைப்பது நல்லது; அல்லது மருந்துகளை மாற்றி வேறு மருந்துகள் கொடுப்பது நல்லது. நோய் மீண்டும் மீண்டும் தோன்றினால், பேனஸ் இருந்தால், இமை உள்ளிறக்கம் இருந்தால், சீரோசிஸ் தோன்றினால், கண் நோய் நிபுணரால், உள் நோயாளியாக சிகிச்சை அளிக்கப்படுவது நல்லது.

விழிபளிங்குப்படலம் மற்றும் விழிவெண்படல நோய்கள்

விழி பளிங்கு படல அழற்சியை **பளிங்கு படல அழற்சி** (கெரடைடிஸ்) என்கிறோம். தீவிர இமை இணை அழற்சி மற்றும் கண்ணீர் பை அழற்சி, மேலார்ந்த காயங்கள், பொது உடல் வியாதிகள் (காசநோய், மேக நோய், புருசெல்லோசிஸ், மலேரியா, வைரஸ்நோய், மத்திய நரம்பு மண்டலத்தின் சில நோய்கள்) ஆகியவற்றின் சிக்கலாக பளிங்கு படல அழற்சி தோன்றுகிறது. இதில், கண்ணில்வலி மற்றும் கண்ணீர் சொரிவு, ஒளிக்கூச்சம். கண்ணிமைகளின்சுருக்கம், கண் கோள மற்றும் கண்ணிமைப் படலத்தில்குருதி



படம் 169. டிரகோமா கரணைகள் அகற்றப்படுகின்றன

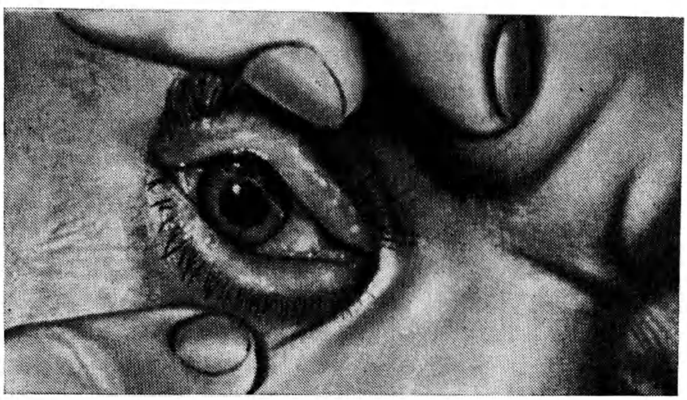


படம் 170. விழி பளிங்குப்படல இரத்த நாளங்கள்
A—மேலெழுந்தவாரியான இமை இணைச்சவ்வு நாளங்கள்; B— ஆழ்ந்த, துடைப்பம் போன்ற நாளங்கள்

திரட்சி, ஆகியவை காணப் படுகின்றன. பார்வைக்கூர்மைக் குறைவும், இதில் காணப்படுகிறது. பளிங்குப்படல அழற்சியில் தல ஊடுருவல் அல்லது பளிங்குப்படலத்தின் பரவலான மங்கிய நிலை (பளிங்குப்படலம், தனது கண்ணாடி போன்ற தோற்றத்தையும். பளபளப்பையும் இழக்கிறது) காணப்படுகிறது. மேலெழுந்தவாரியான பாதிப்பில் பளிங்குப்படல குறைபாடு (அரிப்பு, புண்) காணப்படு

கிறது. ஃபுளோரசீனை உட்சொட்டிட்டவுடன், பச்சை நிறம் தோன்றுவதைக் கொண்டு இதை நிர்ணயிக்கலாம். மேலெழுந்தவாரியான பாதிப்பில், இமை இணைச்சவ்வு நாளங்கள், பளிங்குப்படலத்தை ஊடுருவுகின்றன. ஆழமான பாதிப்பில் துடைப்பம் போன்ற இரத்த நாளங்கள் லிம்பசிலிருந்து அதனுட் செல்கின்றன. (படம் 170) பளிங்குப் படல அழற்சியுடன் கருவிழிப் படல அழற்சியும் காணப்படுகிறது. இதன் அறிகுறிகளாவன: கருவிழிப்படல நிறத்தில் மாற்றம், ஒரு வகையான மாற்ற அமைப்பு, சுருங்கிய கண்பார்வை, திரவத் தேக்கம், முன்கண் அறையில் சீழ் அல்லது ரத்தம் தேங்கியிருப்பது. பளிங்குப் படல அழற்சி, தீவிரமாகவோ, நாட்பட்டோ மீண்டும் மீண்டும் தோன்றுவதாகவோ இருக்கலாம்.

மேலெழுந்தவாரியான ஓரவிளிம்புபளிங்குப் படல அழற்சி. இங்கு, மேலார்ந்த சாம்பல் நிறத் தடிப்புகள், லிம்பஸ் விளிம்பை ஒட்டி ஊடுருவல்கள், காணப் படுகின்றன. அவை ஒன்று சேர்ந்து புண்ணாகக்கூடும். (படம் 171) இமை இணைச் சவ்வழற்சி மற்றும்



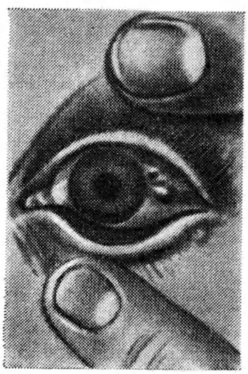
படம் 171. மேலெழுந் தவாரியான பளிங்குபடல விளிம்பு அழற்சி

கண்ணீர்பை அழற்சி ஆகியவற்றின் சிக்கல்களாக, இந்த நைவுகள் தோன்றுகின்றன.

சிகிச்சை. இமை இணைச்சவ்வழற்சிக்கான சிகிச்சையே போதும். கருவிழிப்படல அழற்சிக்கும், கண்பாவை விரிவடைவதற்கும் தினமும் ஒன்றிரண்டு தடவைகள், 1% அட்ரோபின் கரையத்தை உட்சொட்டிட வேண்டும். அயற்பொருளால் காயமடைந்ததன் விளைவாகத் தோன்றும் பளிங்குப்படல அழற்சிக்கு, அயற்பொருளை அகற்றினாலே போதும்.

கண்டமாலை, பளிங்குப்படல இமை இணை அழற்சி. குழந்தைகளிலும், வாலிபர்களிலும் காணப்படும் நிணமுடிச்சு அழற்சி மற்றும்

நுரையீரல் காசம், நுரையீரல் அல்லாத உறுப்புக் காசம், ஆகியவற்றின் வெளிப்பாடாகவும், காச நோய் அலர்ஜியின் விளைவாகவும், இந்த நோய் தோன்றுகிறது. மணல்வாரி, மற்றும் கக்குவான், இன்புளுயென்ஸா, சின்னம்மை ஆகியவை, இந்நோய் முற்றுவதற்கு உதவுகின்றன. அதே போது, வைட்டமின் பற்றாக் குறை மற்றும் வயிற்றுப் பூச்சிகள், மோசமான] பொதுச் சுகாதாரச் சூழ் நிலைகள், மாவுப்பொருள் செறிந்த உணவு (பிஸ்கட்டுகள், இனிப்புகள்) நோயின் போக்கை ஊக்குவிக்கிறது. இந்த நோயின் பிரதான அறிகுறிகளாவன: மிகையான ஒளிக்கூச்சம், கண்ணிமைகளின் சுருக்கம், கண்ணீர் சொரிவு, மேல்மண்டை மற்றும் காதுகளின் பின்புறம், மூக்குச் சிறகுகள், முகத்தின் சருமம் ஆகியவற்றில் எக்சிமா வெடிப்புகள் தோன்றுகின்றன. முகம் குறிப்பாக மூக்கும் உதடுகளும், வீங்கிக் காணப்படுகின்றன. மேற்தாடை அடி, மற்றும் பல நிண கட்டிகள் வீங்கியுள்ளன. இமை தூக்கிகளின் உதவி கொண்டு இமைகளைத் திறந்தால் தான், குழந்தையின் கண்ணைப் பரிசோதிக்க முடியும், இமை இணைச்சவ்வின் லிம்பசில், அல்லது விழி பளிங்குப்படலத்தில், சிறிய அல்லது பெரிய, ஓரளவு ஒளிபுகும்தன்மை கொண்ட மஞ்சள் நிற இளஞ்சிவப்பு தடிப்புகள் (ஃபிளக்டீன்கள்) காணப்படுகின்றன. (படம் 172) இவற்றின் அருகே, இமைஇணைப்படலத்தின் நாளங்கள் கொத்தாகக் காணப்படுகின்றன. ஃபிளக்டீன், சுவடு எதுவுமின்றி சீரடையலாம்; ஆனால் பெரும்பாலும் ஒரு மெல்லிய கலங்கலை விட்டுச்செல்கின்றன. சிலபோது, அவை புண்ணடைகின்றன. உருவாகும் பளிங்குப் படலப் புண், ஆழ்ந்த அடுக்குகளைப் பாதித்து, பளிங்குப்படலத்தில் துளைகளைஉண்ட ாக்குகின்றது. துளையின் வழியாக கருவிழிப் படலம் துருத்துகிறது. கருவிழிப் படலத்துடன் இணைந்த கரடு முரடு தளும்பாகல்யூகோமா உருவாகிறது•



படம் 172. இமை இணைச்சவ்வில் ஃபிளக்டீன்

இன்னும் மோசமான கேசுகளில் கண்ணில்உள் உறை பாதிக்கப்படுகிறது. கண் நசிந்துபடுகிறது. மீண்டும் மீண்டும் இந்நோய் தோன்றுவதால் பல்வேறு பளிங்குப்பட்டல கலங்கல்கள் உண்டாகி, பார்வை இழப்பு உண்டாகிறது.

சிகிச்சை. காசநோய் நிபுணரையும், குழந்தை மருத்துவ நிபுணரையும் கலந்து, பொதுவான சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. கால்சியம் குளோரைடு மற்றும் மீன் எண்ணெய், ட்யூபசிட் (ஐசோநியாசிட்) பாசா, அல்லது நோயாளியின் நிலையைப் பொறுத்து தசை

ஊசியாக ஸ்ட்ரெப்டோமைசீன் கொடுக்கப்படலாம், இவை மரு ச்சையில் அடங்கும். மாவுப்பொருட்கள் குறைந்த உணவும், பல வைட்டமின்களும் தரப்படுகின்றன. ஸ்ட்ரெப்டோமைசீன் (1.0 மி. லி. 25,000 யூ) மற்றும் கார்டிசோன், வைட்டமின் கரைசல்கள் கண்களுக்குள் சொட்டாக இடப்படுகின்றன. மஞ்சள் பாதரச ஆக் சைடு களிம்பும், கார்டிசோன் அல்லது ஹைட்ரோ கார்டிசோன் களிம் பும் பரிந்துரைக்கப் படுகின்றன. தீவிர அழற்சி குறைந்த பின்னர் கூட, நெடுநாட்களுக்கு 0.1% அட்ரினலின் கொண்ட 0.25% துத்த நாக சல்பேட் கரையம் சொட்டுமருந்தாக அளிக்கப்படுகிறது. கண்பாவை சுருங்கி, கருவிழிப்படல அழற்சியும் மிகையாக இருந் தால், தினமும் 2—3 தடவைகள் 0.5—1.0% அட்ரபின் கரையம் உட்சொட்டிடப்படுகிறது. லிம்பிசில் ஆழமான புண் இருந்தால் அட்ரபின் தரப்படமாட்டாது; இல்லையெனில் கார்னியாவில் துளை விழுந்து விடும். அத்தகைய கேசுகளில் 0.25% பைசோஸ்டிக்மின் கரையம் அல்லது 1% பைலோகார்பின் கரையம் பயன் படுத்தப்ப டுகிறது. கண்ணிமைகளின் இடைவிடாத சுருக்கத்தால் ரைமாபால் பெப்ரத்தில் பிளவுகள் இருந்தால், தோல் நசிந்து காணப்படில், 10% வெள்ளி நைட்ரேட் கரையம் போன்ற சுருங்கக்கூடிய மருந் துகளை இட வேண்டும். இது, ஒரு டாக்டரால் செய்யப் பட வேண்டும். அழற்சி நிகழ்வு குறைந்தவுடன், நீண்ட காலத்துக்கு தினமும் இரண்டு வேளை, கண்ணிமைகளுக்குப் பின்னால் 1% மஞ் சள் பாதரச ஆக்சைடை இட வேண்டும். இதனால் கலங்கல்கள் கிரகிக்கப்படுகின்றன. கண்பார்வையாளரின் கண்காணிப்பில், நோ-யாளி இருந்து வருகிறான்.

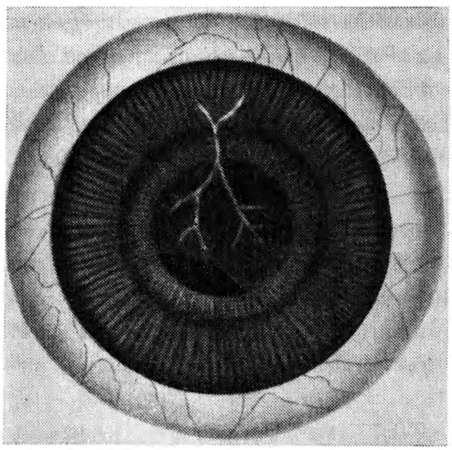
பளிங்குப்படல அக்கி அழற்சி. இது, வைரஸ் பாதிப்பால் உண் டாகிறது. குளிர்ச்சியடைவது மற்றும் காயமடைவது. வேறு பல நோய்கள் (இன்புளுயென்சா) ஆகியவற்றால் மறைந்து கிடக்கும் நோய் ஊக்குவிக்கப்பட்டு பளிங்குப்படல அழற்சி தோன்றுகிறது.

மேலெழுந்த வாரியாகவும், ஆழமாகவும், பளிங்குப்படல அக்கி அழற்சி தோன்றுகிறது. இத்துடன் ஊவியல்பாதையின் முன் பகுதி களும் சேதமடைகின்றன.

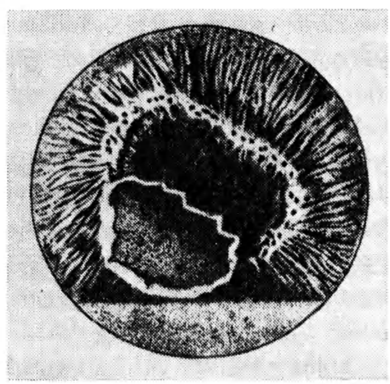
பளிங்குப்படலத்தில் அக்கிக் கொப்புளங்கள் தோன்றுதல், கண்ணீர் சொரிவு, ஒளிக்கூச்சம் ஆகியவற்றுடன் நோய் துவங்கு கிறது. கொப்புளங்கள் உடைபட்டு, எபிதிலியத்தில் குறைபாடுகள் தோன்றி, அவை ஒன்று சேர்ந்து, பல கிளை வடிவம் தோன்றுகிறது. (படம் 173) ஃபுளோரசீன் சொட்டுக்களிட்டு, நைவு, காண்பிக்கப் படுகிறது. பளிங்குப் படல கூருணர்ச்சி பெருமளவு குறைகிறது. அல்லது இல்லாமலே போகிறது. கரு விழிப்படல அழற்சி அறிகுறி கள் தோன்றுகின்றன. கண்பாவை சுருங்குகிறது. இரண்டாந்தர கிருமி பாதிப்பு ஏற்பட்டு, பளிங்குப்படலப்புண் தோன்றுகிறது.

இது பாம்பு போன்ற அமைப்பு கொண்டுள்ளது. ஆழமான பளிங்குப்படல அடுக்குகள் பாதிக்கப்படுகின்றன.

சிகிச்சை. வைரஸ் எதிர் மருந்துகளை, உட்சொட்டிட்டால் பயன் கிடைக்கிறது. (0.1% கிரகிட் கரையம் (ஐடியு), அயோடைட் ஆக்ஸியூரிசைட். 0.25% ஆக்ஸாலின் கரையம்) அல்லது இதே செறிவு கொண்ட களிம்புகளைக் கையாளலாம். 0.2% டிசாக்ஸிரைபோ நூக்ளியேஸ், மருந்து உட்சொட்டிடப் படுகிறது. இது தவிர கண்பார்வை விரிக்கிமருந்துகள், வைட்டமின் சொட்டுக்கள் ஆகியவையும் பயன்படுத்தப் படுகின்றன. பொதுவான உடல் நலத்தை ஊக்குவிக்க திசு சிகிச்சையும் அளிக்கப்படுகிறது.



படம் 173 பல கிளை உருவ பளிங்குப்படல அழற்சி



படம் 174. படருகின்ற புண்

படர்கின்ற பளிங்குப்படலப்புண். பளிங்குப்படலக் கோளாறுடன் தளத்தில் சீழும் காணப்படுகிறது. பளிங்குப்படலத்தின் பரப்பில் பரவி, ஆழமாகச் செல்கிறது. அதன் விளிம்பு, பிறை வடிவில் அமைந்துள்ளது. (படம் 174) புண்ணைச் சுற்றியுள்ள பளிங்குப் படலம் கலங்கலாகவும். வீங்கியும் காணப்படுகிறது. முன்கண் அறையின் தளத்தில் சீழ் தேக்கம் (ஹைபோபியான்) காணப்படுகிறது. கருவிழிப் படலத்தின் நிறம் பெருமளவில் மாறிவிடுகிறது. கண்பாவைக்கும், வில்லையின் முன் புற உறைக்கும் இடையே ஒட்டுப் பொருட்கள் உண்டாவதால் கண்பாவையின் அமைப்பு, தாறுமாறாகிறது, (பின்புற சைனீக்கியா). இவை அனைத்தும், கண்கோளத்தினுள் திரவ சுழற்சியைப் பாதிக்கிறது. திரவ வெளிப்பாடு உருக்குலைகிறது. இதனால் உட்கண் அழுத்தம் அதிகரித்து, இரண்டாம்

நிலை கிளாகோமா உண்டாகிறது. பெரும்பாலான நோயாளிகளில் வீங்கிய இமைகள் மற்றும் கண்ணீர் சொரிவு, ஒளிக்கூச்சம், குறைந்து பார்வைக் கூர்மை ஆகியவை உண்டாகின்றன. துவக்கத்திலே யே உரிய சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டால், சாதகமான கேசுகளில் பளிங் குப்படல கோளாறு சீரடைகிறது. புண்ணுள்ள இடத்தில், பல் வேறு வகையான கலங்கல்கள் காணப்படுகின்றன. புண் பரப்பில் பரவி, ஆழமாக ஊடுருவினால், கரடுமுரடான ல்யூகோமாக்கள் உண்டாகின்றன. கண்ணின் உள் உறைக்குள்ளும் பரவி, கண் நசிந்து பாழடைகிறது.

பளிங்குப்படலத்திற்கு ஏற்படும் சேதத்தால், வயது வந்தவர் களில் படர்கின்ற புண் உருவாகிறது. மேலெழுந்த வாரியான கா யங்கள் பின் வருவனவற்றால் உண்டாகின்றன: தானிய மணிகள், வைக்கோல், மரக்கிளைகள், உலோக மற்றும் பல அயற் பொருட் கள் இமை இணை அழற்சி மற்றும் சீழ் கொண்ட கண்ணீர்பை அழற்சி, ஏற்கெனவேயுள்ள குறைபாடுகளை அசிங்கப்படுத்தி, பளிங் குப் படலத்தில் புண்களை உண்டாக்குகின்றன. மற்ற நுண்ணு யிர்களை விட, நியூமோகாக் கையும், ஸ்டாபிலோகாக்கையும் அதிக மாகக் காணப்படுகின்றன. பளிங்குப்படலத்தின் கூருணர்ச்சிக் குறை வும், நோயாளியின் பலவீனமான உடல் நிலையும், புண் உண்டாக் குவதில் முக்கியப்பங்கு வகிக்கின்றன. படருகின்ற புண் உண்டா வதைத் தடைசெய்ய, மிகச்சிறிய அயற்பொருட்கள் கூட, உடன டியாக பளிங்குப்படலத்திலிருந்து அகற்றப்படவேண்டும். சிகிச் சையும் உடனடியாக அளிக்கப்பட வேண்டும். மருத்துவ அறிவுரை கோரி வரும் அனைவரின் இமை இணைப்படலம் மற்றும் கண்ணீர் பாதைகள் ஆகியவை நன்கு பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். தொழில் நிறுவனங்களுக்கு தகுதிச் சான்றிதழ் கேட்டு வருபவர்களுக்கும் மேற் கூறியது போன்றே செய்ய வேண்டும். இயந்திர நுட்பனர், கடை சல் தொழிலாளி, இயந்திர இயக்குனர், ஓட்டுநர், மற்றும் பலர்).

சிகிச்சை. பரவும் வடிவ புண் இருக்கிறது என ஐயம் தோன் றியவுடன், அந்த நபரை கண் பார்வையாளரிடம் அனுப்ப வேண் டும். (கண்ணுக்குக் கட்டுப் போடக்கூடாது). எதிர் உயிர் மருந்துக் கரையங்களின் சொட்டுகள் இடப்படுகின்றன. எதிர் உயிர் களிம் புகளும் (5% குளோரம் பெனிகால், சிந்தோமைசீன் 1% டெட்ரா மைசீன், 1% மானோமைசீன்) கண் இமையின் பின்புறமாக தினமும் 4—5 தடவைகள் போடப்படுகின்றன. உட்கண் அழுத்தம் அதிக ரிக்காவிடில், 1% அட்ரபின் கரையம் உட்சொட்டிடப்படுகிறது. மோசமான கேசுகளில் சல்பனமைடுகளும் எதிர் உயிர் மருந்துகள் ஊசியாகவோ மாத்திரையாகவோ கொடுக்கப்படுகின்றன. பல வைட்டமின்களும் தேவைப்படுகின்றன. உடனுள்ள வியாதியைப் பொறுத்து பொதுச் சிகிச்சையும் அளிக்கப்படுகிறது. மருந்துகளால்

புண் சீரடையாவிடில், உட்கண் அழுத்தம் அதிகரித்தால், அறுவை சிகிச்சை பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

ஆழமான பளிங்குப் படல அழற்சியில், புண்கள் இல்லாமல், பளிங்குப்படலத்தின் ஆழமான அடுக்குகளில் பரவலாக ஊடுருவல்கள் காணப்படுகின்றன. துவக்கத்திலேயே சிகிச்சை அளிக்கப்படில், பளிங்குப்படலத்தின் முழுமையான ஊடுருவும் தன்மை திரும்பப் பெறப்படுகிறது. இல்லையேல் கரடுமுரடான ல்யூகோமாக்கள் உண்டாகின்றன. அதன் பக்க விளைவுகளும் உண்டாகின்றன. பிறவி மேக நோய், காச நோய், புருசெல்லோசிஸ், வைரஸ் பாதிப்புகள் ஆகியவற்றால் ஆழமான பளிங்குப்படல அழற்சி தோன்றுகிறது. மேலெழுந்தவாரியான காயங்களாலும், இன்புளுயென்சா மற்றும் வைட்டமின் பற்றாக் குறை நோய்களாலும், பெண்களில் கர்ப்ப காலத்தாலும், பால் கொடுக்கும் நிலையாலும், இந்த நோய் ஊக்குவிக்கப் படுகிறது.

பிறவிமேகநோயில் பளிங்குப்படல அழற்சி, பள்ளி செல்லும் சிறுவர்களில், முதலில், ஒரு கண்ணில் காணப்படுகிறது. பலகாலம் சென்ற பின்னர் இரண்டாவது கண்ணும் பாதிக்கப்படுகிறது. பளிங்குப் படலத்தின் ஆழ்ந்த அடுக்குகளில், லிம்பசுடனான அதன் எல்லையில், அழற்சி துவங்குகிறது. மென் மையான பரவலான ஊடுருவல் உண்டாகி, மையம் நோக்கிப் பரவுகிறது. பளிங்குப்படலம் சொரசொரப்பான கண்ணாடி போன்றுள்ளது. இமை இணைப் படலம் குருதி திரட்சியுடன் உள்ளது. கண் பாவை சுருங்கி இருக்கிறது. துடைப்பம் போன்று, நாளங்கள், பளிங்குப்படலத்தின் உள்ளே செல்கின்றன. நிகழ்வு, படிப்படியாகக் குறைகிறது. பளிங்குப்படலத்தின் ஒளி ஊடுருவு தண்மை மீண்டும் கிடைக்கிறது. பளிங்குப்படல அழற்சி, பல மாதங்கள் நீடிக்கும், ஒரு நாட்பட்ட வியாதியாக இருக்கிறது. பிறவி மேக நோயின் மற்ற அறிகுறிகள் நோய் நிர்ணயத்தை உறுதிப்படுத்துகின்றன. அவையாவன: கேட்கும் திறன் குறைவு, கத்தி போன்று வளைந்த முன்கால், பள்ளம் விழுந்த மூக்கு, மிகுந்த இடைவெளியுடன் பற்கள், கோரை கொண்ட பற்கள், வாசர்மேன் பிரதிவினை நேர்மறையாக இருக்கிறது.

சிகிச்சை. கண்பார்வையாளரால் சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. பால்வினை நோய் நிபுணரையும் கலந்தாலோசிக்க வேண்டும். நோயாளியை தனது கண்காணிப்பில் வைத்து, சிகிச்சை அளிக்கிறார். வெப்பமளிப்பது, 1% அட்ரபின் கரையம் உட் சொட்டிடுவது, கார்டிசோன் எமல்ஷன் (இமை இணைச்சவ்வின் அடியில் ஊசி மூலம் செலுத்தலாம்). வியாதி குறையும் போது எதைல் மார்பின் ஹைட்ரோகுளோரைடு கரையம், படிப்படியாகச் செறிவுகளை அதிகரித்துக் கொடுக்கப்பட வேண்டும். திசு தயாரிப்புகளை தசை ஊசியாக துவக்கத்தில் கொடுப்பது, இதமான விளைவைத் தரும். நோ

யாளியின் குடும்ப உறுப்பினர் அனைவரையும், கண்பார்வையாளரும், பால்வினை நோய் நிபுணரும், பரிசோதிக்க வேண்டும்.

பளிங்குப்படல காச அழற்சி. இளம் நபர்களிலும், ஒரு கண்ணிலுமே இந்நோய் காணப்படுகிறது. பொதுப்படையான, குறிப்பாக இன்புளுயென்சா நோயின் போது குளிர்ச்சியடையும் போது, உணவு பற்றாக் குறையின் போது, காயங்களின் போது, பெண்களில் கர்ப்பத்தின் போதும், பால் கொடுக்கும் காலங்களிலும் இந்நோய் அதிகரித்து, மீண்டும் மீண்டும் தோன்றுகிறது. கண் உறுத்தல், மற்றும் கண்ணிமைகளின் சுருக்கம், கண்ணீர் சொரிவு, ஒளிக்கூச்சம், பளிங்குப்படல தலக்கலக்கங்கள். ஊடுருவல்கள் ஆகியவை நோயின் துவக்கத்தில் காணப்படுகின்றன. ஊடுருவல்கள் பின்னர் ஒன்று சேர்ந்து விடுகின்றன. மேலெழுந்தவாரியான மற்றும் ஆழமான நாளங்கள் பளிங்குப்படலத்தை ஊடுருவுகின்றன. கருவிழிப்படல சிலியரி அங்க அழற்சியும், உண்டாகிறது. (கீழே காண்க). காச நோய் நிகழ்வின் அறிகுறிகளாவன:— இலேசான காய்ச்சல், குறிப்பாக பகலில் காய்ச்சல், மாண்டோ நேர் மறை முடிவு, பிர்க்கின் பரிசோதனையும் நேர் மறையாக உள்ளது. எக்ஸ் கதிர் பட மாற்றங்கள் (மூச்சுக்குழல் நிண வீக்கம், கானின் குவியம் முதலியன).

சிகிச்சை. காச நோய் நிபுணரும், கண்பார்வையாளரும் சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும், கண்ட மாலைக்கான சிகிச்சையே அளிக்கப்பட வேண்டும், மிகவும் மோசமான கேசுகளில் உள நோயாளிக்கு கிளினிக்கில் ட்யூபர்குலின் சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. பொதுப்படையான தெம்பூட்டும் முறைகள், கூருணர்வு குறைப்பு சிகிச்சை, ஸ்பாவில் தட்ப வெப்ப சிகிச்சை ஆகியவை பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. கண்டமாலையைப் போன்றே தல (நோயிட) சிகிச்சை அமைகிறது. எப்போதுமே கார்டிசோன் தரப்படுவதில்லை.

எல்லாவகையான **பளிங்குப் படல** அழற்சிகளும் பளிங்குப் படல கலங்கலில் முடிகிறது. கலங்கல் மேகம் போன்றோ, புள்ளியாகவோ, ல்யூகோமாகவோ இருக்கும். ல்யூகோமா ஓரளவாகவோ, முழுமையாகவோ (மத்திய, புற) இருக்கலாம். பளிங்குப்படல புண்களுடன், கருவிழிப்படலத்துருத்தலும் இருந்தால், ல்யூகோமாவுக்கும், கருவிழிப்படலத்திற்கும் இடையில் ஒட்டும் பொருட்கள் உண்டாகின்றன. இத்தகைய ல்யூகோமா, கண்ணீர்போக்கை தடை செய்வதால் இரண்டாந்தர கிளாகோமா உண்டாகிறது. ல்யூகோமா விரிவடையலாம். (ஸ்டாபிலோமா) அல்லது கண் கோளம் பூராமே துருத்தலாம். (புஃப்தால்மோஸ் அல்லது எருதுக்கண்). மிகையான உட்கண் அழுத்தத்துடன் ல்யூகோமா இருந்தால் ஓரளவாக அல்லது முழுமையாக பார்வை இழப்பு உண்டாகிறது.

சிகிச்சை. கரையங்கள், குளிர் சிகிச்சை. புற ஒலி முறை, மஞ்

சள் பாதரச ஆக்சைடு சிகிச்சை, அலோபிழி சாறு கொண்டு எலக்ட்ரோபோனோபொரசிஸ் அல்லது 5—10% பொட்டாசிய அயோடைட் கரையம் ஆகியவை சிகிச்சையாக அமைகின்றன. நிரந்தரமான மங்கலான கலங்கல்களை, அறுவை கொண்டு தான் சிகிச்சை செய்யமுடியும். கருவிழிப்படல அறுவை சிகிச்சை (கருவிழிப் படலத்தின் ஒரு பகுதியை அகற்றுதல்) அல்லது விழிப் பளிங்குப் படலத்தை இடம் பெயர்த்து மாற்றி அமைத்தலும் செய்யப்படுகிறது. இந்தத்துறையில், வி. பி. ஃபிலடோவும், அவரது சீடர்களும் சிறந்த பணி ஆற்றியுள்ளனர்.

இந்த ஆபரேஷனின் முக்கிய அம்சம் வருமாறு: ஒரு சிறப்பான துளைகருவி கொண்டு, பளிங்குப் படல வடுவிலிருந்து கலங்கிய மங்கலான தகடு அகற்றப் படுகிறது. ஒரு பிணத்தின் சடலத்திலிருந்து எடுக்கப்பட்ட கண்ணின் பளிங்குப் படலத்திலிருந்து ஒரு ஒட்டு எடுக்கப்பட்டு இடப்பெயர்ச்சி செய்யப்படுகிறது. ஒட்டு நிலை பெற்ற பல கேசுகளில், ஒளி ஊடுருவும் தன்மையுடன் காணப்படுகிறது. சேமித்து வைக்கப்பட்ட திசுக்களிலிருந்து (திசு சிகிச்சை) ஒரு சிகிச்சை முறைக்கு வழி வகுத்தார் வி. பி. ஃபிலடோவ், ஊக்குவிக்கும், கரையச் செய்யும் விளைவு கொண்ட நச்சுக் கொடி, அலோபிழி சாறுகளின் ஊசிகள் ஆகியவையும், பல பொது மண்டல நோய்களுக்கும், கண்ணின் நோய்களுக்கும் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

விழிவெண்படல நோய்கள். விழி வெண்படலத்தின் மேலார்ந்த அடுக்குகளின் அழற்சி (விழி வெண்படல மேலார்ந்த அழற்சி) மற்றும் அதன் ஆழ்ந்த அடுக்குகளின் அழற்சி (விழி வெண்படல அழற்சி) ஆகியவற்றின் வெளிப்பாடுகள் வருமாறு:—கண்ணில் வலி, கண்ணீர் சொரிவு, ஒளிக்கூச்சம், குருதித் திரட்சி, ஒரு பகுதியில் விழி வெண் படல வீக்கம், இதைத் தொடர்ந்து பளிங்குப்படலமும், கருவிழிப்படலமும் பாதிக்கப் படுகின்றன. அல்லது அவை முதலில் பாதிக்கப்பட்டு, விழி வெண்படலம் பின்னர் பாதிக்கப்படுகிறது. விழிவெண் படல அழற்சியின் காரணங்களாவன:—முடக்குவாதம், முடக்குவாதம் போன்ற நோய்கள், கீல்வாதம் காச நோய், அபூர்வமாக வைரஸ் பாதிப்புகள், புருசெல்லோசிஸ், மேக நோய். இந்த நோய் நாட்பட்ட நிலையடைந்து, மீண்டும் மீண்டும் தோன்றுகிறது. இதன் விளைவாக விழிவெண் படலம் மெல்லியதாக நீட்டமாக இருக்கிறது. கோராய்டின் கருமைப்பகுதிகள் அதன் வழியே தெரிகின்றன.

சிகிச்சை. நோய் காரணியைப் பொறுத்து பொதுவான சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது, கார்டிசோன் உட்சொட்டிடல், அட்ரினலின், அட்ரபின், வெப்பமுறை, யூ. எச். எப்ஃசிகிச்சை, எக்ஸ் கதிர் சிகிச்சை நல்லவிளைவைக் கொடுக்கின்றன.

ஊவியல்பாதை, வில்லை, விழித்திரை, பார்வைநரம்பு ஆகியவற்றின் நோய்கள்

ஊவியல் பாதையின் நோய்கள்

பொதுப்படையான நோய் பாதிப்புகளைப் பொறுத்து ஊவியல் பாதையின் அழற்சி தோன்றுகிறது: வைரஸ் பாதிப் புகள், முடக் குவாதம், முடக்குவாதமூட்டழற்சி, காசநோய் புருசெல்லோசிஸ், மேகநோய், டாக்சோபிளாஸ்மாசிஸ், டான்சில் அழற்சி, நீரிழிவு, இரத்த நோய்கள் இன்னும்பல. மேலும், பளிங்குப்படலம் மற்றும் விழிவெண்படலம், கண்காயங்கள், கண்ணுள் அறுவைகள் ஆகிய வற்றின் சிக்கலாகவும் இந்நோய் தோன்றலாம்.

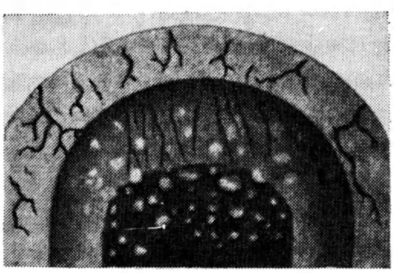
ஊவியல் பாதையின் முன்பகுதியில் அழற்சி, கருவிழிப்படலம், சிலியரி அங்கம் ஆகியவற்றின் அழற்சி, பின்பகுதி மற்றும் கோராய்டு, ஊவியல்பாதை ஆகியவற்றின் அழற்சியும் பிரித்தறியப்படு கிறது.

கருவிழிப்படல, சிலியரி அங்க அழற்சி. கண்ணில், கண்ணீர் சொரிவு, ஒளிக்கூச்சம், கண் இமைகளின் சுருக்கம், பார்வைக்கூர்மைக் குறைவு ஆகியவற்றுடன் இந்நோய் துவங்குகிறது. கண் கோளத் தின் இமை இணைப்படலம், லிம்பசைச் சுற்றி, திரவத் தேக்கத்து டன் நீலநிறமாகக்காணப்படுகிறது (ஆழ்ந்த அல்லது பளிங்குப் படலத்தைச் சுற்றியதான குருதித்திரட்சி). கருவிழிப் படலத்தின் நிறம் மாறுகிறது. அதன் அமைப்பும் உருக்குலைகிறது. கண்பாவை சுருங்கி இருக்கிறது. வில்லையின் முன் புற உறையும் கருவிழிப்பட லமும் ஒட்டிக் கொள்வதால் கண்பாவை உருக்குலைந்து காணப் படுகிறது. சகஜமான கண்ணுடன் ஒப்பிட்டு பார்த்தால் பாதிக்கப் பட்ட கண்ணில் மாற்றங்கள் குறிப்பாகக் காணப்படுகின்றன. முன் கண் அறையின் தளத்தில், திரவத்தேக்கம் உண்டாகிறது. சில போது அது இரத்தம் கலந்தோ, சீழ் கலந்தோ இருக்கலாம். பக் கவாட்டு ஒளிக்கற்றை கொண்டு நோயாளியைப் பரிசோதிக்கும் போது, பளிங்குப் படலத்தின் பின்பரப்பில் கொத்து கொத்தான கட்டிகளைப் பார்க்க முடிகிறது. (மண்டிகள் படம் 175) விட்ரியஸ் அங்கத்தில் கலங்கல்கள் தோன்றுகின்றன, சிலியரி அங்கப் பகுதி யில், கண் இமைகள் வழியாக தொட்டால் வலி, குறைந்த உட்கண் அழுத்தம், பார்வைக் கூர்மை குறைவு ஆகியவை சிறப்பு அறிகு றிகளாகும். மோசமான கேசுகளில் கண்ணின் திரவ ஓட்டத்தைத் தடைப்படும் வகையில் கண்பாவை மீது ஒரு திரவப்படலம் படி கிறது. இதனால் இரண்டாம் நிலை கிளாகோமா தோன்றுகிறது. கருவிழிப்படல சிலியரி அங்க அழற்சியில், வில்லையின் மங்கல் (சிக்கலான கண்புரை), விட்ரியஸ் அங்கத்தின் சுருக்கம், விழித் திரை அறுந்து படல், கண் கோளத்தின் சூம்பல், குருட்டுத்தனம்

ஆகியவை உண்டாகின்றன. குறித்த காலத்தில் சிகிச்சை அளிக்கப் பட்டால், நிகழ்வு குறைந்து ஓரளவாகவோ முழுமையாகவோ பணி துவங்குகிறது. முதல் நிலை நோய், மற்றும் குளிர்ச்சியடைவது, மிகையாக வெப்பமடைவது, தீவிரதொற்றும் நோய்கள், காயங்கள் ஆகியவற்றால் கருவிழிப்படல சிலியரி அங்க அழற்சி மீண்டும் மீண்டும் உண்டாகிறது.

கருவிழிப்படல சிலியரி அங்க அழற்சியை, இமை இணைச்சவ்வழற்சியிலிருந்து பிரித்தறிய வேண்டியது அவசியம். கருவிழிப் படலத்தின் வண்ணம் மற்றும் அமைப்பு, கண்பாவையின் அளவு, வடிவம், ஆகியவற்றில் ஏற்படும் மாற்றங்களைக் கவனத்தில் கொண்டால் நோய் நிர்ணயம் சிரமமல்ல. இந்த மாற்றங்கள் இமை இணைச்சவ்வின் அழற்சியில் தோன்றுவதில்லை. மேலும், வெளிப்பாடு இருப்பது, இமை இணைச்சவ்வின் பார்னிக்ஸ் மற்றும் கண் இமைகளின் படலத்தின் குருதித்திரட்சி, இவை சிவப்படைவது, இமை இணைச்சவ்வின் வீக்கம் ஆகியவை இமை இணைப்படல அழற்சியில் தோன்றுமே தவிர, கருவிழிப்படல சிலியரி அங்க அழற்சியில் காணப்படுவதில்லை.

சிகிச்சை. நோய் காரணியைப் பொறுத்து சிகிச்சை அமைகிறது, இதற்குமுன்னர், கூருணர்வு மட்டுப்படுத்தும் சிகிச்சையும் (கால்சியம் குளோரைடு ஊசிகள், பல வைட்டமின்கள்) தலசிகிச்சையும் அளிக்கப் பட வேண்டும். உள நோயாளிப் பகுதியில் சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும், கண்பாவையை விரிவுபடுத்தும் முகவங்கள், கார்டிசோனை இமை இணைச் சவ்வின் அடியில் செலுத்தல்; யூ. எச். எப் சிகிச்சை; எக்ஸ் கதிர் சிகிச்சை, ஆகியவை கொடுக்கப்படுகின்றன, கண்ணில் வலியைக் குறைக்க கால் குளியல்களும், பொட்டெலும்பில் அட்டைப்பூச்சிகளைப் பொருத்துதலும் பலனளிக்கிறது. நோயாளியின் உட்கண் அழுத்தம் அளவிடப்பட வேண்டும். ஏனெனில் இரண்டாம் நிலை கிளாகோமா தோன்றினால் அறுவை சிகிச்சை அவசியமாகிறது. கண் பார்வையாளரிடம் அனுப்புவதாக இருந்தால் கண்ணுக்குக் கட்டுப் போட வேண்டும்).


படம் 175. விழிப்பளிங்குப்படலத்தின் பின்சுவரில் மண்டிகள்

கோராய்டு அழற்சி. பார்வைக் கூர்மைக்குறைவு, மற்றும் சில போது படிக்கவேமுடிவதில்லை, சில போது பார்க்கும் பொருட்கள் உருக்குலைந்து உள்ளன; கண்களின் முன் கூட்டமாக ஈக்கள்பறப்பது போன்ற தோற்றம், ஆகியவை இந்நோயில் காணப்படுகின்றன. சாம்பல்

நிற மஞ்சள் வண்ண குவியங்கள் உட்கண்கோளத்தில் காணப் படுகிறது. அதன் மீது விழித்திரை நாளங்கள்செல்லுகின்றன. இவற் றையும், மற்ற அறிகுறிகளையும் கொண்டு, கண்பார்வையாளர் நோய் நிர்ணயம் செய்கிறார்.

கண் உள் உறைகள் அழற்சி (எண்டாஃப்தல்மைடிஸ்). பொது வான சீழ் கொண்ட நோய்களில், கண்ணின் உள் உறைகளின் சீழ் கொண்ட அழற்சியாக இந்த நோய் காணப்படுகிறது. பளிங்குப்ப டலத்தின் சீழ்கொண்ட புண்கள் மற்றும் ஊடுருவும் காயங்கள் அறுவைகள் ஆகியவற்றின் சிக்கல்களாகவும் இந்நோய் காணப்படு கிறது. நோயாளிக்கு கண்ணில் கடுமையான வலி, தலைவலி, பார் வை இழப்பு ஆகியவை இருக்கின்றன. வீங்கிய கண் இமைகளும், இமை இணைச் சவ்வின் வீக்கமும் இந்நோயின் சிறப்பு அறிகுறி களாகும். விழி பளிங்குப்படலம் மந்தமாகக் காணப்படுகிறது. பா வைப்பகுதியிலும், முன் கண் அறையிலும், திரவம் அல்லது சீழ் காணப்படுகிறது. கருவிழிப்படலம் அழுக்கானபச்சை நிறத்தில் கா ணப்படுகிறது. கண் குழிவிற்குள்ளும், கண்ணின் எல்லா உறைகளுக் கும் பரவும் சீழ்நிலை, அனைத்து கண் அழற்சி (பேன்ஆஃப்தல் மைடிஸ்) எனப்படுகிறது. பேன் ஆஃப்தால்மைடிஸில் மேற்கூறிய அனைத்து நிகழ்வுகளும் மிகையாகக் காணப்படுகின்றன. கண் அசா தாரணமாக துருத்திக் கொண்டிருக்கிறது. (எக்சஃப்தால்மோஸ்). கண், தனது அசையும் தன்மையை இழக்கிறது. பளிங்குப்படலத் தில் சீழ்காணப் படுகிறது. கண்ணின் மற்றப் பகுதிகளைப் பார்க்க முடிவதில்லை. இந்த நோய்களில் உட்கண் அழுத்தம் உடனடியாக ஏறுகிறது.

சிகிச்சை. எதிர் உயிர் மருந்துகளை தசை ஊசியாகப் போட்ட பின், நோயாளியை உடனே கண் கிளினிக்கு அனுப்ப வேண்டும். பொதுச்சிகிச்சை துவங்கப் படுகிறது. எதிர் உயிர் மருந்துகளும் சல்பனமைடுகளும் கொடுக்கப்படுகின்றன. சிகிச்சை பலனளிக்கா விடில் கண், அறுவை மூலம், அகற்றப்படுகிறது. (எநூக்ளியேஷன்). சில கேசுகளில், கண்ணின் நிலையைப் பொறுத்து உடனடியாக கிளினிக்கில் அறுவை சிகிச்சை செய்யப் படுகிறது.

ஊவியல்பாதையில் புற்றுக் கட்டிகள். இவை, பிரதானமாக தீய நிறமி புற்றுக் கட்டிகளாகும். கட்டி, கருவிழிப்படலத்தில் கா ணப்பட்டால், அது கருமையான, துரிதமாக பெரிதாகிக் கொண் டிருக்கும் புள்ளியாகக் காணப்படுகிறது. கண்குழிவு மற்றும் கண் கோளத்திற்கு அப்பாலும் இக்கட்டி, துருத்திக்கொண்டு இருக்கி றது. புற்றுப்பதியங்கள் துரிதமாக உண்டாகி, உள்ளுறுப்புக்களு க்கு குறிப்பாக கல்லீரலில் படிகிறது, கோராய்டு, மற்றும் சிலியரி அங்கத்தின் கட்டியை, சிறப்பு முறைகளால் கண்டுப் பிடிக்க முடி யும். இத்தகைய புதிய வளர்ச்சி கொண்ட ஒருவனுக்கு, ஓரளவாக

வோ அல்லது முழுமையாகவோ பார்வை இழப்பு, உண்டாகிறது.

சிகிச்சை. துவக்கத்தில், கண் கோளத்தை அகற்றி விடுதல் நலம், மோசமான கேசுகளில், கண் குழிவிலுள்ள எல்லாவற்றையுமே அகற்றிவிடுதல் சிறந்தது. (எவிசரேஷன்) சில போது, மூக்குப்பக்க காற்று குழிகளை திறக்க வேண்டியிருக்கும்; அறுவையின் பின், எக்ஸ்கதிர் சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது.

வில்லைகளின் நோய்கள்

வில்லை மீது வினைபுரியும் எந்த அம்சமாக இருந்தாலும் சரி, அடிப்படையான மாற்றும், ஒளிபுகுதன்மை சீர்கேடடைவதுதான். வில்லை கலங்கலடையும் போது அதை காடராக்ட் (கண்புரை, திமிரம்) என்கிறோம்.

கண்புரை. வில்லையின் கலங்கிய மங்கல் நிலையைப் பொறுத்து அதை பழுத்த அல்லது பழுக்காத காடராக்டு (கண்புரை) என்கிறோம். இது தான், பார்வைக்கூர்மையை நிர்ணயிக்கிறது, வில்லை முழுமையாக மங்கிவிட்டால், நோயாளி, ஒளியை மட்டுமே உணர முடிகிறது. துவக்கத்தில் கண்புரைகள் பெறப்பட்டவை என்றும் (வயது முதிர்ந்த, காயத்தால் ஏற்பட்ட, கண் நோயின் சிக்கலாக, எக்ஸ் கதிர்வீச்சு, மற்றும்பல) பெருகி வரும் வகை எனவும் பிரிக்கின்றன. பின்னதில், வில்லை படிப்படியாக மங்குகிறது. மற்ற ஒரு வகை பிறவிக் கண்புரையாகும். இது வளர்ச்சியடைவதில்லை.

பெறப்பட்ட கண்புரையின் பிரதான அறிகுறிகளாவன: பார்வைக் கூர்மை பலவீனமடைகிறது. கண்பாவையின், நிறம் துரிதமாக மாற்றமடைந்து கருமையிலிருந்து சாம்பல் நிறமடைகிறது. (படம் 176) கண் உள்நோக்கி மூலம் பார்த்து, கண்புரையின் அறிகுறிகளைக் கொண்டு, கண்புரையில் கீழ்க் கண்ட நிலைகள் பிரித்தறியப் படுகின்றன: முதல் தரபழுக்காத, பழுத்த, மிகையாகப் பழுத்த, கிளாகோமாவால் பாதிக்கப்பட்ட வயது முதிர்ந்தவர்களில், படிப்படியான, ஆனால் வலியற்ற பார்வை இழப்பு தோன்றுகிறது, என்பதை வலியுறுத்த வேண்டும். கண்பாவை கருமை நிறத்திலிருந்து சாம்பல் நிறமடைகிறது. (''கிளாகோமா'' என்ற பகுதியைக் காண்க) இத்தகைய கேசுகளில் சிறப்பு நிபுணர் கொண்டு உடனடி சிகிச்சை அளிக்காவிடில், நோயாளி பார்வையை இழந்து விடுவான். முதல் நிலையின் போது பெறப்பட்ட கண்புரையை மருந்துகள் கொண்டு சிகிச்சை செய்யலாம். இது பலனளிக்காவிடில் (கண்புரை முற்றி, பார்வை இழப்பு உண்டானால்) அறுவை சிகிச்சை பரிந்துரைக்கப் படுகிறது: பழுத்தநிலையோ, பழுக்காதநிலையோ, மங்கலடைந்த வில்லையை அகற்றி விடுதல்.

பிறவிக்கண்புரைகள் ஓரளவாக இருக்கலாம். (மைய நுண் தகடு). குழந்தைக்கு ஓரளவு பார்வை இருந்தால், பள்ளி வயதின் போதே அறுவை செய்து விடலாம். முழுமையான கண்புரையில், குழந்தைக்கு ஒளி உணர்வு மட்டும் இருந்து, பார்வை இழப்பு இருந்தால், 1—2 ஆண்டு வயதிலேயே ஆபரேஷன் செய்ய வேண்டும்.

மேற்கூறியவற்றிலிருந்து, கண்புரை எந்த வயதினரில் காணப் பட்டாலும், செவிலியர், உடனடியாக கண் நோய் நிபுணரிடம் அனுப்பிவைக்க வேண்டும்.

வில்லை அகற்றப்பட்ட கண்ணை, அபேகியா என்பர். அத்த கைய நோயாளி, வில்லைக்கு பதிலாக, எப்போதும் குவிந்த கண்ணா டிகளை அணிய வேண்டும். (+10.0) நெருக்கமாக பணியாற்றும் போது, இதனிலும் சக்திவாய்ந்த கண்ணாடிகள் (+13.0) அணிய வேண்டும்.

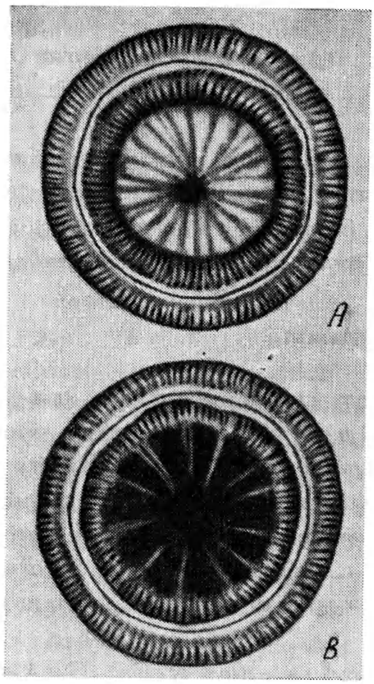
விழித்திரையின் நோய்கள்

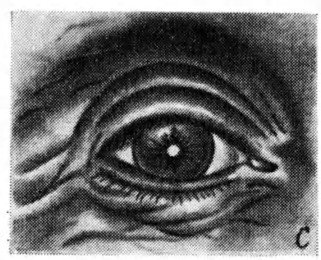
படிபடிப்படியாகவோ, திடீரென்றோ பார்வைக்கூர்மை குறை வதிலிருந்து, நோய் வெளிப்பாடடைகிறது. விழித் திரையின் மை யப்பகுதி பாதிக்கப்பட்டால் (மஞ்சள் புள்ளியும் அதைச்சுற்றியுள்ள பகுதியும்) நோயாளி பார்க்கும் பொருட்களின் அளவும் வடிவமும் உருக்குலைந்து காணப்படுகின்றன. கண்ணுக்கு அருகே கரும்புள் ளிகள் தோன்றுகின்றன. ஒரு குறிப்பிட்ட தூரத்தில் பார்வை மிக மோசமடைகிறது. படிக்கவே முடியாது. வண்ணப் பார்வைக் கோளாறுகள் தோன்றுகின்றன.

இரத்தமிகு அழுத்தம் மற்றும் சிறுநீரக வியாதிகள், இரத்த நோய்கள், காசநோய், மேக நோய், டாக்சோபிளாஸ்மோசிஸ், புருசெல்லோசிஸ், நீரிழிவு, கர்ப்பத்தின்போதான நச்சு நிலை, மற் றும் பல நோய் நிலைகள் ஆகியவற்றின் காரணமாகவும், விழித்தி ரை நோய்கள் காணப்படுகின்றன. கண் உள்நோக்கி மற்றும் பெரி மெட்ரி, பரிசோதனை முறைகள் கொண்டு, கண் பார்வையாளர் நோய் நிர்ணயம் செய்கிறார்.

விழித்திரை நாளங்களின் திடீர் அடைப்பு. இரத்த ஓட்டக் கோளாறுகளால், ஏற்படலாம். நரம்பு மண்டலம் மற்றும் இரு தயம், ஆகியவற்றின் நோய்களின் வெளிப்பாடாக, இள வயதி னரில் இந்த நோய் காண்ப்படுகிறது. இருதய வால்விலிருந்து கிளம்பும் துகள், விழித்திரையின் மைய நாளத்தையோ, அதன் கிளையையோ அடைக்கலாம் (எம்போலிசம்). இரத்தமிகை அழுத்த நோயின் போது அல்லது இரத்த நாள கடின நிலையின்போது தம னியோ சிரையோ **திராம்போசிசால்** அடைபடலாம், அல்லது இரத்த நாளம் சுருக்கமடையலாம், எல்லா கேசுகளிலும், ஒரு

கண்ணில், திடீரென்றோ, துரிதமாகவோ, பார்வை இழக்கப்படுகிறது. விழித்திரை இரத்த நாளங்களின் அடைப்பு, அதன் மங்கிய நிலை, இரத்த நாளங்களின் அடைப்பின் போது குருதிப்பெருக்குகள், ஆகியவற்றை, கண் உள்நோக்கியால் காணலாம்.





படம் 176. வயது முதிர்ந்த **கண்**புரை
A—முதல்நிலை; B—**முதிர்ந்த (பழுத்த)**; C—மங்கிய வில்**லையில்** **கண்** பாவை

சிகிச்சை. இத்தகைய நோயாளிகளை உடனடியாக கண் பார்வையாளருக்கு அனுப்ப வேண்டும். உட்கோளத்தின் நிலையைக்கண்டு, பிரதான நோய் நிர்ணயம் செய்யப்பட்டு சிகிச்சை அளிக்ககப்படும். உள்ளுறுப்பு நோய் நிபுணர் அல்லது நரம்பு நோய் வல்லுநர், கண்பார்வையாளருடன் சேர்ந்து சிகிச்சை அளிப்பார்.

இரத்த மிகு அழுத்தத்தில் உண்டாகும் விழித்திரை மாற்றங்களுடன், முதலில் கண்பார்வை பாதிக்கப்படுவதில்லை. உள்ளுறுப்பு நோய் நிபுணரால், கண் நோய் டாக்டருக்கு அனுப்பபப்பட்ட பின்னர் தான் மாற்றங்கள் தெரிகின்றன. தீய இரத்தமிகு அழுத்தத்தின் இறுதி நிலையில்தான், பார்வை ஓரளவாகவோ, முழுமையாகவோ பாதிக்கப்படுகிறது. இரத்த மிகு அழுத்த நோயில் கண் சார்ந்த அறிகுறிகள் வருமாறு: சுருக்கமடைந்த நெளிந்து நெளிந்து காணப்படும் விழித் திரை இரத்த நாளங்கள், தமனிகளின், சிரைகளின் உட்குறுக்களவு குறுகிய நிலை, கடிமைடைந்த நாளங்கள், இரத்தப் பெருக்கு, விழித்திரையின் மங்கிய நிலை, கண்பார்வை நரம்பு அழற்சி, நோய் நிலையைப் பொறுத்து இருக்கும் மாற்றங்கள்.

இவை பல்வேறு இணைப்புகளுடனும், செறிவுடனும் வெளிப்படு கின்றன. நோயின் முன் கணிப்புக்கும், நோயின் இயக்க ஆற்றலை கணிக்கவும், உட்கோளப் பரிசோதனை மிகவும் அவசியமாகும்.

கர்ப்பப் பெண்களின் நச்சு நிலையின் போது இரத்த அழுத்தம் அதிகரித்து, மேற்கூறிய மாற்றங்கள் கணப்படுகின்றன. இதையே **கர்ப்பிணிகளின் விழித்திரை நோய்** என்கிறோம். இரத்த நோய் கள், மற்றும் நீரிழிவு நோய்களில் விழித்திரை பாதிக்கப்பட்ட தன் அறிகுறிகள் காணப்படுகின்றன. நோயாளிகளின் பார்வை பற்றிய குறைபாடுகளை கவனமாக பரிசீலித்து ஆவன செய்ய வேண்டும். முன்காப்பு பரிசோதனையாக, கண்நோய் நிபுணரிடம் அனுப்புவது நல்லது.

விழித்திரையின் வண்ணச் சீர்கேடுகள். இது, விழித்திரையின் காரணம் தெரியாத பாதிப்பாகும். நோயாளியின் குடும்பத்தின ருக்குப் பொதுவான நோயாக இருக்கலாம்; பிறவி நோயாகவோ, நச்சு விளைவுகள் மற்றும் தொற்றும் நோய்களின் விளைவாக பெறப் பட்ட நோயாகவோ, இருக்கலாம். பார்வைத் தளம் குறைந்து விடுவதால், இரவிலும் அந்தி நேரத்திலும் நோயாளியின் பார்வைக் கூர்மை குறைகிறது. பின்னர், பகலிலேயே, வளியில் ஒழுங்கமைவு சீர்கெடுகிறது. பார்வைக்கூர்மை மோசமாகி விடுகிறது. கண் உள் நோக்கி மூலம் பார்த்தால், விழித் திரையின் வெளிப்புறத்திலும், பின்னர் மையத்திலும் பல் வேறு நிறமிக் குவியங்கள் காணப்படுகின் றன. இவை எலும்பு செல்கள் போன்று தோற்றமளிக்கின்றன. கோராய்டு நாளங்களின் கடினநிலை காணப்படுகிறது. கண்பார்வை நரம்பின் சூம்பல் உண்டாகிறது. இதுதான், பார்வைக்கூர்மை குறை வதற்கும், குருட்டுத்தனம் தோன்றுவதற்கும் காரணமாக இருக் கிறது.

சிகிச்சை. எஞ்சிய பார்வையைக் காப்பாற்றுவதே இதன் நோக் கம். நோயாளிகளுக்கு பல வைட்டமின்கள் (ஏ, ஈ, ரிபோபிளேவின், நிகோடினிக் அமிலம்) மாத்திரைகளாகவும், தசை ஊசியாக திசுத் தயாரிப்புகளும், இரத்த நாள விரிக்கிகளும் பரிந்துரைக்கப்படுகின் றன. சமீபகாலமாக அல்ட்ராசோனிக்ஸ் (புற ஒலி) கொண்டு சிறப்பு சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது.

வைட்டமின் ''ஏ'' பற்றாக் குறையாலோ, இல்லாமையாலோ ஹெமரலோபியா திடீரென்று உண்டாகிறது. பார்வைத்தளம் மற் றும் பார்வைக்கூர்மை, உள்கோளம் ஆகியவற்றில் எந்த வித மாற் றமும் இல்லை. மீன் எண்ணெய், மற்றும் வைட்டமின்கள் ''ஏ'', ''ஈ'' நிறைந்துள்ள உணவு ஆகியவற்றை அளித்தால், துரிதமாக நோய் சீரடைகிறது.

விழித்திரை கிழிந்துபடல். நோயாளியின் கண்ணுக்கு முன்னால் பார்வைத் தளத்தின் ஒரு பகுதியில் திரை போன்ற தோற்றம்

ஒன்று தெரிந்து பார்வைக்கூர்மை குறைந்து விடுகிறது. இது தான் இந்நோயின் வெளிப்பாடாகும். வயது முதிர்ந்தவர்களில் அல்லது சிக்கலான கிட்டப்பார்வை கொண்டவர்களில் ஏதாவது காயம் ஏற்ப்பட்டால் விழித் திரை கிழிந்து படுகிறது. விட்ரியஸ் அங்கத்தின் திரவப் பகுதி, விழித்திரைக்கும், கோராய்டுக்கும் இடையே, ஒழுகுவதால் விழித்திரை கிழிந்துபடுகிறது.

சிகிச்சை. நிகழ்வின் துவக்க நிலைகளில் அறுவை சிகிச்சை தான் மிகவும் சிறந்ததாகும். ஆகவே மேற்கூறிய கோளாறுகள் உள்ள நோயாளிகளை உடனடியாக கண் நோய் நிபுணரிடம் அனுப்பி வைக்க வேண்டும். மிகையான கிட்டப்பார்வை கொண்டவர்களை, மிகையான உடற்பிரயாசையிலிருந்து தவிர்க்க வேண்டும். இதன் மூலம் விழித்திரை கிழிந்து படலைத் தவிர்க்க முடியும். இந்த நிலையைச் சீர் செய்யும் அறுவைக்குப் பின்னரும் கவனமாக இருக்க வேண்டும்.

ரெடினோபிளாஸ்டோமா. இது, முதல்தர, தீங்கான புற்றுக் கட்டியாகும். பிறவியிலேயே தோன்றும் இது, ஒரு பக்கமாகவோ, இரண்டு பக்கமாகவோ இருக்கலாம். ஐந்து வயதுக்குட்பட்டவர்களே, இதனால் பாதிக்கப் படுகின்றனர். குழந்தைகளில் பாவை விரிவடைவதையும், மஞ்சளாக மாறுவதையும், கண் குருடாவதையும் பெற்றோர்கள் கவனிக்கிறார்கள். புற்றுக் கட்டி துரிதமாக கண் குழிவினுள்ளும் மூளையினுள்ளும் வளர்ச்சியடைகிறது. புற்றுப் பதியங்கள் தோன்றி, மரணத்தில் முடிகிறது. கண் கோளத்தையும் அதைச் சார்ந்தவற்றையும் உடனடியாக அகற்றுவதன் மூலம் குழந்தையைக் காப்பாற்றலாம். கண் குழிவிற்கு கதிர்வீச்சு சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

கண் பார்வை நரம்பின் நோய்கள்

அழற்சி (நரம்பழற்சி), திரவத்தேக்கம், (பாபில்லிடீமா அல்லது வழியடைத்தகடு), நசிவுநிகழ்வுகள் (சூம்பிப் போதல்), ஆகியவை கொண்டு, பார்வை நரம்பின் நோய்கள் வெளிப்பாடடைகின்றன. பார்வை நரம்பு பாதிக்கப்படும், மிக முக்கிய நோய்கள் வருமாறு: மத்திய நரம்பு மண்டல நோய்கள் (கட்டி, மூளை. உறை அழற்சி, பலவகை கடின நிகழ்வுகள், அரக்னாய்டு அழற்சி) மற்றும் பல காரணங்களாவன:—இரத்த மிகு அழுத்த வியாதி, நீரிழிவு, தொற்றும் நோய்கள். (இன்புளுயென்சா, முடக்குவாதம். மேக நோய், காச நோய், டைபஸ் முதலியன) மூக்கு பக்கப்புழைகளின் அழற்சி, மீதைல் அல்கஹால் நச்சு விளைவு, ஈயநச்சு, கண்ணின் நோய்கள். திடீரென்றோ, படிப்படியாகவோ பார்வை இழப்பதுதான் இந்நோயின் அறிகுறியாகும்.

கண்பார்வை நரம்பின் அழற்சி. *(வண்ணப்படம் XIII) பார்வைக் கூர்மை திடீரென்று குறைவது மற்றும் பார்வைத் தளம் குறுகலடைவது, அதில் காணும் குறைபாடுகள் (ஸ்கோடோமா) ஆகியவை மூலம் நோய் வெளிப்பாடடைகிறது. இத்துடன். வண்ணப் பார்வைக் கோளாறு, கண் கோளத்தின் வலியுடன் கூடிய அசைவுகள், ஆகியவையும் காணப்படுகின்றன. பார்வை நரம்பு அரும்பின் குருதித் திரட்சி, மற்றும் பார்வை நரம்பின் மங்கலான எல்லைகள், விழித்திரை சிரைகளின் விரிவடைந்த நிலை, ஆகியவற்றை கண் உள்நோக்கியின் மூலம் பார்க்கலாம்.*

சிகிச்சை. *எதிர் உயிர் மருந்துகள் தசை ஊசியாகக் கொடுக்கப் படுகின்றன. ஹெக்சாமெதிலின் டெட்ரமின் (யூரோட்ரோபின்) கொண்ட குளுகோஸ், சிரை வழி செலுத்தப்படுகிறது. வைட்டமின் "பி", இரத்தம் உள் ஏற்றல், திசுசிகிச்சை, பொட்டெலும்பில் அட்டைப்பூச்சிகள் முதலியன, நோய் காரணியைப் பொறுத்துக், கையாளப்படுகின்றன.*

பாபில்லிடீமா. *(வழியடைத்தநரம்புத் தகடு) (வண்ணப்படம் XIV) கட்டி மற்றும் அழற்சி நிகழ்வுகள், மத்திய நரம்பு மண்டல நோய்களில் காணப் படும் உட் கபால அழுத்த அதிகரிப்பு அறிகுறி தான் பாபில்லிடீமாவாகும். இதனால் தான் வாந்தியுடன் தலைவலி கொண்ட நோயாளிகளை உடனுக்குடன் உட்கோள பரிசோதனைக்கு, கண் நோய் நிபுணரிடம் அனுப்பி வைக்க வேண்டும். நோயின் துவக்கத்தில் கண்ணின் பணிகள் பாதிக்கப் படுவதில்லை. பின்னர் படிப்படியாக பார்வைக் கூர்மை குறைந்து, பார்வைத்தளம் சுருங்கி, நோயாளி இறுதியில் முழுமையாக பார்வை இழக்கிறான் நரம்பு அரும்பின் வீங்கிய, காளான் போன்ற துருத்தங்கள், அதன் மீது "ஏறுகின்ற" பெரிதான, நெளிந்த சிரைகள், அரும்பைச் சுற்றி இரத்தப்பெருக்கு ஆகியவற்றை கண் உள்நோக்கியின் மூலம் பார்க்கலாம்.*

சிகிச்சை. *நரம்பு நோய் மருத்துவரும், நரம்பு நோய் அறுவை யாளரும், சேர்ந்து சிகிச்சை அளிக்கின்றனர். அவசர நீரகற்று சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது.*

பார்வை நரம்பின் சூம்பல். *நரம்பழற்சி, மற்றும் பாப்பில்லிடீமாவின் இறுதிக்கட்டமாக பார்வை நரம்பு சூம்பல் தோன்றுகிறது. டேபீஸ்டார்சாலிஸ், மற்றும் மூளையின் மேக நோய், விழித் திரையின் நிறமிக் கோளாறுகள், பெருமூளை நாளங்களின் கடின நிலை, இன்னபிறவற்றின் நிலைகளில், சூம்பல், துவக்கத்திலேயே காணப்படுகிறது. நோயின் காரணம் எதுவாக இருந்தாலும் பார்வைக்கூர்மை படிப்படியாக மோசமடைகிறது, பார்வைத்தளம் குறுகலடைகிறது. கண் உள்நோக்கி மூலம் பார்க்கும் போது, வெ*

ளிறிய நரம்பு அரும்பும், விழித் திரை நாளங்களின் குறு கலடைந்த நிலையும் தெரிகிறது.

சிகிச்சை. நிகழ்வின் காரணத்தைப் பொறுத்து சிகிச்சை அமைகிறது. திசு சிகிச்சை ஒழுங்காகக் கொடுக்கப்படுகிறது. பல வைட்டமின் மாத்திரைகள் அளிக்கப்படுகின்றன. (குறிப்பாக ''பி'' காம்பௌக்ஸ்) குளுகோஸ் கரையங்கள் சிரை வழியாக செலுத்தப்படுகின்றன. நாளவிரிக்கிகளும் கொடுக்கப்படுகின்றன.

கிளாகோமா

வயது முதிர்ந்தவர்களில் காணப்படும் மிகவும் ஆபத்தான வியாதி தான் கிளாகோமாவாகும். பாதிக்கப்பட்ட கண் நோயாளிகளில், 4—8%ல் இந்த வியாதி காணப்படுகிறது, ஆனால், உலகத்தில், தீராத பார்வை இழப்பிற்கு, இது தான் பிரதானமான காரணமாகும்.

கிளாகோமாவின் பிரதான அறிகுறி **உட்கண் அழுத்த அதிகரிப்பே.** இதன் விளைவாக பல் வேறு வெளிப்பாடுகள் தோன்றுகின்றன. பார்வைப் பணிகள் அனைத்தும் பாதிக்கப் பட்டு, பார்வை இழப்பில் முடிவதற்கு இது தான் தலையாய காரணமாகும். பார்வை நரம்பின் மீள இயலாத சூம்பலின் விளைவால் இது, ஏற்படுகிறது. சகஜமான உட்கண் அழுத்தம் 18—25 மி. மீ பாதரசமாக இருக்கிறது. இந்த அழுத்தம் காலையில் மிகையாகவும், மாலையில் 3—5 மி. மீ குறைவாகவும் காணப்படுகிறது. கிளோகோமாவில் உட்கண் அழுத்தம் அதிகமாக இருக்கிறது. இதனால் மாலை அளவிற்கும், காலை அளவிற்கும் பெருத்த வேறுபாடு காணப்படுகிறது. முன்பு சுகாதாரமாக இருந்த கண்ணில் எந்தவிதக் காரணமுமின்றி, திடீரென்று நோய் துவங்குகிறது. இதை **முதல் நிலை** கிளாகோமா என்கின்றனர். கண்ணின் திரவ ஓட்டத்தில் ஏற்படும் கோளாறுகளின் விளைவாக ஏற்படும் மாற்றங்களின் விளைவே **இரண்டாந்தர** கிளாகோமா வாகிறது. (உதாரணம்: கருவிழிப்படலத்துடன் ஒட்டிய பளிங்குப்படல ல்யூகோமா, கருவிழிப்படல சிலியரி அங்க அழற்சி, மூடப்பட்ட கண்பாவை, வில்லையின் இடப்பெயர்ச்சி முதலியன).

நிகழ்வின் கடுமையைப் பொறுத்து, கிளாகோமா ஐந்து நிலைகளாகப் பிரிக்கப்படுகிறது: துவக்க, உருவாகிய, மிக முற்றிய, ஓரளவு முழுமையான, ஈடு செய்யப்படுவதைத் தொடர்ந்து, உட்கண் அழுத்தம் மற்றும் தினமுமான வேறுபாடுகள் ஆகியவற்றைக் கொண்டு நான்கு பிரிவுகள் கணிக்கப்படுகின்றன: — ஈடு செய்யப்பட்ட, ஓரளவு ஈடு செய்யப்பட்ட, ஈடு செய்யப் படாத, தவறாக ஈடு செய்யப்பட்ட (தீவிர தாக்கம்).

முதல் நிலை கிளாகோமா, திரவத் தேக்க நிலையிலோ, (மூடிய கோண கிளாகோமா) எளியநிலையிலோ, (திறந்த கோண கிளா கோமா) இருக்கலாம். மூடிய கோண கிளாகோமா நோயாளிகளின் கோளாறுகள் வருமாறு:—கண்ணில் வலி, இடையிடையே தலை வலி, மங்கலான பார்வை, ஒரு ஒளிக்கற்றையை நோக்கினால் வான வில் வட்டங்கள் போன்ற தோற்றம், தானாகவே உண்டாகும் கண்ணீர் சொரிவு, படிக்கும் போது கண்களின் சோர்வு, கண்ணா டிகளை அடிக்கடி மாற்ற வேண்டிய நிலை முதலியன. இந்த கோளாறுகள் நிரந்தரமாக இருக்கலாம். கிளாகோமாவின் முதல் நிலையில் பார்வை நன்றாக இருப்பதால், அவர்களாகவே மருத் துவ உதவியை நாடுவதில்லை. சோதித்துப்பார்த்தால், பளிங்குப் படலத்தின் கலங்கல் நிலை தெரிகிறது. ஊடுருவப்பட்டது போல் பளிங்குப்படலம் தெரிகிறது. பளிங்குப்படலத்தைச் சுற்றியுள்ள சிரை வலைப்பின்னல் விரிவடைந்துள்ளது, முன் கண் அறையின் ஆழம் குறைந்து விடுகிறது, கண் பாவை விரிந்திருக்கிறது, ஒளிக் கான பிரதிபலிப்பு பலவீனமாக இருக்கிறது. இந்த அறிகுறிகள் கவனிக்கப்படாவிடினும், உட்கண் அழுத்தத்தை அளவிடல், சரி யான, உரிய கால நோய் நிர்ணயத்துக்கு உதவுகிறது. இது **துவக்க நிலை** எனப்படுகிறது. நிகழ்வு அதிகரிக்கும் போது, பார்வைக் கூர்மை குறைகிறது. பார்வைத்தளம் குறுகலடைகிறது. கண்ணின் முன் பகுதியில், ஏற்கெனவே விவரிக்கப்பட்ட மாற்றங்கள், மிகை யடைகின்றன. இது, உருவான **நிலையின்** துவக்கம். நோய் இன்னும் முற்றியதும், நரம்பு அரும்பின் பள்ளமும், சூம்பலும் கண் உள் நோக்கியின் மூலம் தெரிகிறது. பார்வைத் தளம் குறைகிறது. தக அமைவிலும், பார்வைக் கூர்மையிலும் கோளாறு, இது தான் மிக **முற்றிய நிலை.** பார்வை படிப்படியாக இழக்கப்படுகிறது, ஒளிப் பார்வை உணர்வு மட்டும் இருக்கிறது. இதுதான் ஓரளவு **முழுமை யான** நிலை கிளாகோமா. பார்வை முழுமையாக இழக்கப்பட்ட பின் **முழுமையான கிளாகோமா** உண்டாகிறது.

எளிய கிளாகோமாவில், படிப்படியான பார்வைக் குறைவும், வளி ஒழுங்கமைவில் சிரமங்களும், நோயாளிக்கு உண்டாகின்றன. மிகவும் முற்றிய நிலையில், பார்வை நரம்பின் சூம்பல் தோன்றி, நோயாளி குருடனாகிறான்—திரவத் தேக்க வகையில் தோன்று வதைப் போன்று—ஆனால் படிப்படியாக உருவாகிறது. உட்கண் அழுத்தத்தையும், பார்வைத் தளத்தின் எல்லைகளையும் நிர்ண யித்த பின்னர் தான், எளிய கிளாகோமா நோய் நிர்ணயமாகிறது. 40 வயதுக்கு மேற்பட்ட அனைவருக்கும் குறிப்பாக பார்வைக் குறைவு பற்றி குறை கூறுபவர்களை, ஒரு முன் காப்பு முறையாக இந்தப் பரிசோதனை செய்யப்பட வேண்டும்.

சில போது, கண் புரை இருக்கலாமோ என்ற சந்தேகப்பட்ட

ஒரு நபருக்கு உட்கண் அழுத்தத்தை அளவிடாமலேயே பழுக்கும் வரை—முழுக்குருடாகும் வரை—காத்திருக்க அறிவுரை வழங்கப்படுகிறது. அதன் போது கிளாகோமா தீராத ஒன்றாக ஆகிவிடுகிறது. கிளாகோமா அபூர்வமாகவே திடீரென்று துவங்குகிறது. நரம்பு சார்ந்த அதிர்ச்சி, மற்றும் உடல்சில்லிட்ட போது, மிகையான உடற் பிரயாசை, பாதிக்கப்பட்ட வியாதிகள், ஆகியவற்றின் போது, கிளாகோமாவின் **தீவிர தாக்குதல்** உண்டாகிறது. கண்ணில் கடுமையான வலி, மற்றும் தலைவலியுடன் பல்லுக்குப்பரவும் வலி, குமட்டல், வாந்தி காய்ச்சல் ஆகியவை உண்டாகின்றன. பார்வை, மோசமான நிலையில் பாழடைந்து, ஒளிப்பார்வை உணர்வு மட்டும் நிலைக்கிறது. நோயாளியின் இமைகள் வீங்கியுள்ளன. இமை இணைச் சவ்வின் நாளங்கள் விரிவடைகின்றன. பளிங்குப்படலமும் வீங்குகிறது. பளிங்குப்படலம் பளபளப்பற்று இருக்கிறது. கூருணர்வும் இழக்கப்படுகிறது. முன்கண் அறை மறைந்து விடுகிறது. கண் பாவை விரிவடைந்து ஒளிக்கு பிரதிவினை புரிவதில்லை. கண் கனமாகவும், வலியுடனும் இருக்கிறது. (உட்கண் அழுத்தம் 70 மி. மீ ஆக இருக்கிறது) நோய் நிர்ணயம் தவறாவதும், சாத்தியமே. ஏனெனில் வாந்தியும் குமட்டலும் இருப்பதால், பெரு மூளை நோய் மற்றும் இரத்த மிகு அழுத்த நோய், உணவு நச்சுகள், தொற்றும் வியாதி, குடல் வாலின் தீவிர அழற்சி ஆகியவை கவனத்திற்கு வருகின்றன. சில போது, வலியும், கண்கள் சிவந்தும் இருப்பதால் கருவிழிப்படல சிலியரி அங்க நோய் எனகருதப்படுகிறது. இந்நோயை கருத்தில் கொண்டு, நோயாளிக்கு அட்ரபின் சொட்டுகள் இடப்படுகின்றன. அது நோயாளிக்குத்தீங்கை விளைவிக்கிறது.

மேற்கூறிய தவறுகளைத் தவிர்க்க, வகைப்படுத்தி நோய் நிர்ணயம் செய்ய, **கீழ்க்கண்ட** அட்டவணையைப் பார்க்க.

நோய் நிகழ்வின் நிலை, மற்றும் உரிய நேரத்தில் உரிய முறையில் சிகிச்சை அளிக்கப் பட்டதா என்பதைப் பொறுத்து, தாக்குதல் உண்டாகிறது. துவக்க நிலையில், எல்லா நிகழ்வுகளும் மறைந்து, பார்வை மீண்டும் கிடைப் பதும் சாத்தியமே. ஆனால் சில போது முதல் தாக்குதலிலேயே முழுமையான, மீள முடியாத பார்வை இழப்பு உண்டாகிறது.

சிகிச்சை. உட்கண் அழுத்தத்தைக் குறைந்து கட்டுப்படுத்துவது தான் சிகிச்சையின் பிரதான நோக்கமாகும். அழுத்தத்தை சகஜ நிலைக்குக் கொணர்ந்து வெற்றிக்கண்டால், இந்த நிலையை ஈடு செய்யப்பட்ட நிகழ்வு எனலாம். உட்கண் அழுத்தத்தையும், கண்ணின் பணியின் நிலைகளைப் பொறுத்தும் மற்ற நிகழ்வுகளை ஓரளவு ஈடு செய்யப்பட்ட அல்லது ஈடு செய்யப்படாத கிளாகோமா எனலாம். தீவிரத் தாக்குதலை தவறாக ஈடு செய்யப்பட்ட கிளா

தீவிர கிளாகோமா	தீவிர கருவிழிப்படல அழற்சி
1. உட்கண் அழுத்தம் அதிகரிப்பு	1. உட்கண் அழுத்தம் சகஜமாகவே உள்ளது. சிலபோது அதிகரிக்கிறது
2. பளிங்குப்படலம் முழுமையாக மங்கி இருக்கிறது. அதன்பரப்பு துளைக்கப்பட்டுள்ளது	2. பளிங்குப்படலத்தில் எந்த மாற்றமும் இல்லை
3. பளிங்குப்படலத்தைச் சுற்றியுள்ள சிரைகள் விரிவடைந்தும், நெளிந்தும் உள்ளன	3. பளிங்குப்படலத்தைச் சுற்றியுள்ள தமனி நாளங்களின் வீக்கம்
4. கண் பாவை விரிவடைந்து, சகஜ நிலையை விட அகலமாக உள்ளது	4. சகஜ நிலையை விட கண் பாவை குறுகலாக இருக்கிறது (அட்ரபின் போடப்படாமல் இருந்தால்)
5. பளிங்குப்படலத்தின் கூருணர்வு மங்கி உள்ளது	5. கூருணர்வு சகஜமாக உள்ளது
6. கண் முன்னறை சிறிதாக இருக்கிறது	6. முன்கண் அறை சகஜமாக உள்ளது
7. மேகங்களும், வானவில் வளையங்களும் காணப்படுகின்றன. கண்ணில் வலி, வலி, நெற்றிக்கும் தாடைக்கும் தலையின் பின்புறத்திற்கும் செல்கிறது	7. வானவில் வளையங்கள் தெரிவதில்லை. பார்வை குறைவு சகஜமே. கண்ணில் கடுமையான வலி

கோமா என்கிறோம். அத்தகைய கேசுக்கு, உட்கண் அழுத்தத்தைக் குறைக்க, கண்பாவையைச் சுருங்கச் செய்யும் முகவங்கள் கொடுக்கப்பட வேண்டும். 1% பைலோ கார்பின் கரையம், 0.25% டைமா கோஸ்டிக்மின்கரையம், 0.02% பாஸ்பகால் கரையங்கள் முதலியன. தினமும் 3—6 தடவைகள். பைலோகார்பின் உட்சொட்டப்படுகிறது. இது போதாதெனில் மற்ற பாவை சுருக்கி மருந்துகள், இடப்பட வேண்டும் தீவிரத் தாக்குதலின் போது, உடனடியாக மருத்துவமனைக்கு அனுப்பப் பட்டு, பாவை சுருக்கி சொட்டு மருந்துகள். 15—20 நிமிடங்களுக்கு ஒரு தடவை, சொட்டிடப்பட வேண்டும். நெருக்கடி நிலை முடிந்தவுடன், ஒன்றிரண்டு மணிகளுக்கு ஒரு தடவை சொட்டிடப்படலாம். மேலும் மற்ற முறைகளும் கையாளப் படுகின்றன. வெப்பமான பாதக்குளியல்கள், உப்பு மலமிளக்கி மாத்திரைகள், தூக்க மாத்திரைகள், நரம்பு மண்டல அமைதியூட்டி மருந்துகள், பொட்டெலும்புக்கு அட்டைப்பூச்சிகள், இன்னபிற, 24 மணி நேரங்களுக்குள் உட்கண் அழுத்தம் குறையாவிடில், அறுவை முறை தேவைப்படுகிறது. கண்பார்வை பலவீனமடைந்தால், அறுவையற்ற சிகிச்சை உட்கண் அழுத்தத்தை சகஜ

நிலைக்குக் கொண்டு வராவிடில், மற்ற வகை கிளாகோமாக்க ளுக்கும், அறுவை சிகிச்சை கையாளப்படலாம்.

இது தவிர, உடனுள்ள நோய்களுக்கான சிகிச்சையும் கிளாகோமா நோயாளிகளுக்குக் கொடுக்கப்பட வேண்டும். இந்நோய்களாவன: இருதய இரத்தநாள, நரம்பு மண்டல, நாளமில் சுரப்பி மண்டல, இரைப்பை குடல்பாதை நோய்கள் இன்னபிற. கிளாகோமா நோயாளிகளின் சிகிச்சையில் வரையறுக்கப்பட்ட ஒழுங்கு முறையும், ஓய்வு நேரங்களும் மிகவும் முக்கியமானதாகும். கிளர்த்தல் மற்றும் நரம்பு சார்ந்த உளைச்சல், மிகையாக சூடடைதல், உடலைக் குளிரடையச் செய்தல், மிகையான உடற்பிரயாசை, மலச்சிக்கல், தலையைக் குனிந்து கொண்டு வேலை பார்ப்பது ஆகியவை தவிர்க் கப்பட வேண்டும்.

உட்கொள்ளும் திரவங்களைக் கட்டுப்படுத்தி (தினமும் 4—5 குவளைக்கு மேற்படாமல்) பால் பண்ணைப் பொருட்களும் காய் கறிகளும் கொடுக்கப்படுகின்றன. மது பானங்களும், புகைப் பிடித் தலும் தவிர்க்கப்படுகின்றன. காஃபீன், பெல்லடோனா, குறிப்பாக அட்ரபின்தவிர்க்கப்படுகின்றன. ஓரளவான உடற்பயிற்சியும், நீண்ட நடப்புகளும் பரிந்துரைக்கப் படுகின்றன.

கிளாகோமா, அதன் விளைவாக பார்வை இழப்பு ஆகியவற் றைத் தவிர்க்க, நோயாளிகளை, துவக்கத்திலேயே கண்டறிதல் அவசி யமாகும். கண் பார்வைப் பணிகளும், உட்கண் அழுத்தமும் கண் காணிக்கப்பட வேண்டும். டோனோமெட்ரி கொண்டு கிளாகோமா கண்டு பிடிக்கப்பட வேண்டும். 40 வயதுக்கு மேற்பட்ட அனை வரும், புற நோயாளி சிகிச்சைப் பிரிவிலிருந்து வருபவர்களும், கண் நோய் நிபுணர்கள் மற்ற நிபுணர்கள் அனுப்பும் நோயாளிகளும், பயிற்சிபெற்ற மருத்துவ ஊழியர்களால் பரிசோதிக்கப் பட வேண் டும். இது தவிர, பல்வேறு நிறுவனங்களில் பணிபுரியும் சுகாதார மான மக்கள் அனைவரும் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். நகர்புற மற்றும் கிராமப் புற மக்கள் ஆகியோருக்கும் கிளாகோமா உள்ளதா என பரிசோதித்துப் பார்க்க வேண்டும்.

உட்கண் அழுத்தம் 25 மி. மீக்கு அதிகமாக இருந்தால், நோயா ளிக்கு கிளாகோமாவின் அறிகுறிகளும் இருந்தால், அவனை, ஒரு கண் நிபுணரிடம் காட்டி முழுமையாகப் பரிசோதிக்க வேண்டும்.

கண் நோய் நிபுணரிடம் கிளாகோமா நோயாளிகள் அனை வரின் பதிவேடுகள் இருக்க வேண்டும். அவர்கள் அடிக்கடி பரிசோ திக்கப்பட வேண்டும், உட்கண் அழுத்தம், பார்வைக் கூர்மை, பார்வைத் தளம், மற்றும் பல பணிகள் மாதத்திற்கு ஒரு தடவை பரிசோதிக்கப் பட வேண்டும். இந்த விவரங்கள் எல்லாம் குறிப்பி டப்பட வேண்டும்.

கிளாகோமாவைத்தடுக்க வேண்டிய முறைகளை ஊக்குவிக்க

எல்லா மருத்துவ ஊழியர்களும் பொதுமக்களும் ஒத்துழைப்பு அளிக்க வேண்டும். மக்களுக்கு சொற்பொழிவுகள், மற்றும் பத்திரிகைகள், வானொலி ஆகியவை மூலமாக பயிற்சி அளிக்க வேண்டும்.

மேற்கூறிய தீவிரமான நடவடிக்கைகளால் பல்வேறு கிளா கோமா நோயாளிகள் பயன்பெறுகின்றனர். நோயின் துவக்க நிலையிலேயே, தற்காலத்தில் பல நோயாளிகள் கண் டாக்டரை சிகிச்சைக்காக அணுகுகின்றனர். இதனால் தான் சிகிச்சைக்கு பிறகு சரி செய்யப்பட்ட நிலையில் பல நோயாளிகள் உள்ளனர். விளைவுகளும் சிறப்பாகவே இருக்கின்றன.

குழந்தைகளும், கிளாகோமாவால் பாதிக்கப்படலாம். (பிறவி கிளாகோமா, ஹைட்ராஃப்தால்மஸ்) நிறை இளம் பருவத்தினரும் இதனால் பாதிக்கப்படலாம். (நிறை இளம்பருவ கிளாகோமா). **பிறவி கிளாகோமா.** பிறவி கிளாகோமாவின் 60% கேகசுளில், பிறவியிலேயே ஹைட்ராஃப்தால்மோஸ் காணப்படுகிறது. இந்நோயின் முற்றிய நிலையில், கண்ணின் முன், மற்றும் பின் பகுதிகளில், மாற்றங்கள் காணப்படுகின்றன. **துவக்க** நிலையில் அழுத்தம் அதிகரித்துக் காணப்படுகிறது. விழிபளிங்குபடலம் சகஜ நிலையில் இருக்கலாம் அல்லது ஓரளவு வீங்கியிருக்கலாம். (எனினும் 12 மி.மீ அதிகமாக இல்லாமல்). கண்பாவை ஓரளவு விரிந்து காணப்படுகிறது. ஈடு செய்யும் நிலையில் உள்ள அழுத்தமாக, உட்கண் அழுத்தம் இருந்தால், பளிங்குப் படலத்தின் ஊடுருவு தன்மை பாதிக்கப்படாது. லிம்பஸ் பகுதி, விழிவெண்படலம், கண் உட்கோளம் ஆகியவற்றில் எந்த மாற்றமும் இல்லை. **உருவாகிய** கிளாகோமாவில், பளிங்குப்படலத்தின் விட்டம் 12—14 மி. மீ ஆக இருக்கிறது. லிம்பஸ் பெரிதாகி உள்ளது. சகஜமான கண்ணை விட முன் கண் அறை அதிக ஆழமாக இருக்கிறது. கண் பாவை, பெருமளவில் விரிவடைந்தள்ளது. பார்வைக்கூர்மை பாதிக்கப்பட்டுள்ளது. கிளாகோமாவின் **மிக முற்றிய** நிலையில், விழி பளிங்குப் படலம் பெரிதாக இருக்கிறது. (விட்டம் 14 மி. மீ அதிகமாக) லிம்பஸ் பகுதியும் விரிவடைந்துள்ளது. கண் கோளத்தின் முன் புற அளவு அதிகமாக உள்ளது. முன் கண் அறை ஆழமாகவுள்ளது. கருவிழிப் படலம் சூம்பி இருக்கிறது. போஷாக்குக் கோளாறுகளால் வில்லை மங்கிக் காணப் படுகிறது. நரம்புத்தகடு குழிவு கொண்டு, அதன் உட்கோளத்தில் காணப்படுகிறது. **முழுமையான** கிளாகோமாவில், முன்கண் அறையில் மட்டுமின்றி பின்கண் அறையிலும் மாற்றங்கள் காணப் படுகின்றன். விழிவெண்படலம் மெல்லியதாக இருக்கிறது. விரிவடைந்து காணப்படும் பளிங்குப்படலம், மங்கிக் காணப்படுகிறது. டெஸ்மண்ட் படலம் பல இடங்களில் கிழிந்து காணப்படுகிறது. வில்லையும், விட்ரியஸ் அங்கமும், பல இடங்களில் மங்கி கலங்கலாகக் காணப்படுகின்றன. கோராய்டும், விழித்

திரையும் கிழிந்து படலாம். இங்கு அறை ஆழமற்று உள்ளது. உட்கண் அழுத்தம் குறைகிறது. கண் பார்வை பூஜ்யமாக உள்ளது. ஓரளவு முழுமையான கிளாகோமாவில் ஒளி உணர்வு மட்டுமே காணப்படுகிறது.

பிறவி கிளாகோமாவின் சிகிச்சை அறுவையே நோய் நிர்ணயம் செய்யப்பட்ட துவக்கத்தில் மருந்துகள் கொடுக்கப்படுகின்றன: பாவை சுருக்கி முகவங்கள் (பைலோகார்பின், பாஸ்பகால், ஆர்மின் இன்னபிற). மருந்து சிகிச்சையும் மற்ற முறைகளும் தற்காலிக, நிலையற்ற விளைவுகளைக் கொடுக்கின்றன. இதைக் கருத்தில் கொண்டு, உடனடியாக அறுவை சிகிச்சை அளிப்பது நல்லது. (குழந்தை பிறந்த சில நாட்களில், வாரங்களில்).

நிறை இளம்பருவை கிளாகோமா. 25 வயதுக்குட்பட்டவர்களிடம் இந்நோய் காணப் படுகிறது. எளிய கிளாகோமாவைப் பின்பற்றி, இது உண்டாகிறது. பல நோயாளிகளில் கருவிழிப் படலத்தின் பிறவிக் குறைபாடுகளையும் அல்லது ஹைட்ராஃப்தால்மஸ் அறிகுறிகளையும் காணமுடிகிறது. கிளாகோமாவுடன் கிட்டப் பார்வையும் சேர்ந்தே இருக்கிறது. வயது முதிர்ந்தவர்களில் காணப்படும் கிளாகோமாவுக்கு அளிக்கப்படும் சிகிச்சையே இதற்கும் பொருந்தும் (ஹைட்ரா-நீர். ஆப்தால்மஸ்-கண். திரவம் நனைந்த கண். மொ—ர்).

கிளாகோமா இருக்கிறது என ஓரளவு ஐயம் ஏற்படின், உடனடியாக, கண் பார்வையாளரிடம் அனுப்பி வைக்கவும். கிளாகோமா நோயாளிகள், டாக்டரின் அறிவுரைப்படி நடந்து கண்நோய் டாக்டரிடம் உரிய காலத்தில் தொடர்பு கொள்ள வேண்டும். கண்பார்வையாளரின் சிபார்சுபடி, சில நோயாளிகள், மற்றும் பல மாற்று வேலைகளுக்கு அனுப்பப்பட வேண்டும்.

கண் காயங்கள்

கண் நோயால் அவதியுறுகிறவர்களில், 5—10% அடிபட்ட காயங்களாகும். பல சமயங்களில் மிகப்பலமான அடிபட்ட காயங்களின் போது பார்வை ஓரளவாகவோ, முழுமையாகவோ இழக்கப்படலாம். உடனடியாக, உரிய முதலுதவி அளிக்கப் பட்டு, சரியான சிகிச்சையும் கொடுக்கப்பட்டால், கண் காயங்கள் துரிதமாக சீரடையும். அடிபட்ட காரணத்தைப் பொறுத்து காயங்களை பின்வருமாறு பிரிக்கலாம்: யாந்திரிக, வெப்ப, இரசாயன. கண்ணின் துணை உறுப்புக்களும். (கண்குழிவு உள்ளிட்ட) கண் கோளமும் பாதிக்கப்படலாம்.

யாந்திரீகக் காயங்கள், கண் இமைகள் மற்றும் கண் குழிவு கண் ஆகியவற்றைப் பாதிக்கலாம்.

கண் இமைக்கான காயங்கள். கண்ணிமை விளிம்புகள், அருகே தோல் ஆகியவை காயமடைந்தால், அறுவை மூலம் பாதிக்கப்பட்ட திசுக்களை அகற்றாமல், தையல் போட்டுச் சேர்க்க வேண்டும். செவிலியர் செய்ய வேண்டியதாவது: டெடனஸ் எதிர் நச்சு மருந்து, எதிர் உயிர் மருந்துகள் அளிப்பது, சொட்டுகள் கொண்டு கண்ணின் தொற்று நீக்குவது, பிரில்லியண்ட் பச்சை கொண்டு ஆல்கஹால் கரையம் 1% கொண்டு, இமைகளின் சருமத்தைத் துடைத்தல், தொற்று நீக்கிய துணி கொண்டு கட்டுப்போடுதல், பின், கண் நோய் டாக்டருக்கு அனுப்பி வைக்க வேண்டும்.

கண்குழிவுக்காயம். எலும்பு முறிவுடன் கண் குழிவுக் காயம் ஏற்படும் போது, எலும்புத் துண்டுகள் அங்குமிங்கும் சிதறி கண் குழிவின் கொள்ளளவு, கூடவோ குறையவோ செய்யும். இதன் விளைவாக, கண் உள் வாங்கி விடுகிறது, அல்லது துருத்துகிறது; கண் பார்வை நரம்பு சிதைந்து படுவது மற்றும் கடுமையான ஊமைக்காயம், கண் நசுக்கப்படுவது ஆகியவற்றால், திடீரென்று பார்வை இழப்பு உண்டாகிறது. கண் குழிவின் காயம் பயங்கரமானது. ஏனெனில் நோய் தொற்றும் அதன் விளைவுகளும் உண்டாகலாம். கண் குழிவின் காயத்தின் அறிகுறிகள் வருமாறு:—கண்ணிமைகளினுள் குருதிப்பெருக்கு ஏற்பட்டு, வீக்கம் தோன்றுகிறது. கண் குழிவுச் சுவர்களைத் தொட்டால் வலி, கண் கோளத்தின் இடப்பெயர்ச்சி, அதன் அசைவில் தடை; கண் பார்வை சீர் குலைவது, மூக்கிலிருந்து இரத்தக்கசிவு, நோயாளியின் பொது உடல் நலக் குறைவு ஆகியவையும் ஏற்படலாம்.

சிகிச்சை. மேலே குறிப்பிட்டது போன்றே, ஒரு தூக்கு கட்டிலில் நோயாளி கண் டாக்டரிடம் எடுத்துச் செல்லப்பட வேண்டும்.

கண் கோளத்திற்கான காயம். ஊமைக் காயமாக இருக்கலாம்; மேலார்ந்தும் இருக்கலாம். ஊடுருவிய வகையாகவும் இருக்கலாம்.

ஊமைக்காயங்கள் அல்லது கண்ட்யூஷன்கள். ஒரு கம்பு, முஷ்டி, இயந்திர பாகங்கள், ஆடு மாடுகளின் கொம்பு இன்னபிறவற்றால் ஊமைக் காயம் ஏற்படுகிறது, பல் வேறு அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன. கண்குழிவு மற்றும் விட்ரியஸ் அங்கம், முன்கண் அறை, இமை இணைப்படலம், கண்ணிமைகள் ஆகியவற்றினுள் குருதிப்பெருக்கு, கருவிழிப் படலம் பிரிந்து, கிழிந்து படுகிறது. வில்லை மங்கலடையவோ, இடம் பெயரவோ, செய்யலாம். உட் கோளத்தில் மாற்றங்கள், கண் கோளம் நசுக்கப்பட்டு, அதன் உள்ளுறைகள் வெளியே துருத்தப்படுவது தான் மிக ஆபத்தான காயமாகும். இது ஊடுருவு காயங்களால் ஏற்படுகிறது. காயத்தின் கடுமையைப் பொறுத்து, நோயாளியின் பார்வை பாதிக்கப்படுகிறது.

மேலார்ந்தகாயங்கள். சிறிய அயற் பொருட்களால்—தானி

யங்கள், நிலக்கரி, உலோகத் துகள்கள், தானியங்களின் முளைகள், மற்றும் சிறிய பொருட்கள்—உண்டாகின்றன. இந்த அயற் பொருட்கள், இமை இணைப்படலம் மற்றும் மேல் இமை குருத்தெலும்புப் பள்ளம், பளிங்குப் படலத்தின் மேல் அடுக்குகள் ஆகியவற்றில் காணப்படுகின்றன. கண் இமைகளின் சுருக்கம், கண்ணீர் சொரிவு, ஒளிக்கூச்சம் ஆகியவை நோயாளிகளில் காணப்படுகின்றன. கண்ணிமைகளை வெளிப் புறமாக கவனத்துடன் புரட்டி இமை இணைச்சவ்வையும், பக்கவாட்டு ஒளிவீச்சால் பளிங்குப்படலத்தையும் பரிசோதிப்பது மிகவும் அவசியம், இமை இணைப்படலத்திலிருந்து தூசி, துகள்களை ஈரமான பஞ்சு கொண்டு அகற்ற வேண்டும். இந்த முறையில் பளிங்குப்படலத்திலிருந்து அயற்பொருட்களை அகற்ற முடியாவிடில் சிறப்புப் பொருட்கள்—உளி, ஈட்டி, ஒரு ஊசி—கொண்டு அகற்றலாம். இவற்றை, அல்கஹால் கொண்டோ அல்லது கொதிக்கும் தண்ணீராலோ, தொற்று நீக்கம் செய்ய வேண்டும். 0.25% டெட்ராகைன் கரையத்தை மூன்று தடவைகள் உட்சொட்டிட வேண்டும். இடது கையின் கட்டை விரல், ஆட்காட்டி விரல் கொண்டு இமைகளைப் பிரித்து, வலது கையில் உளிகொண்டு, அயற்பொருளை அதன் துருவுடன் அகற்ற வேண்டும்; இமை இணைச்சவ்வின் பையினுள் கொல்லாய்டு வெள்ளி அல்லது சிந்தோமைசீன் கரையத்தை இட வேண்டும். 5% சிந்தோமைசீன் அல்லது லீவோமைசீடின் (குளோரம் பெனிகால்) களிம்பு இட்டு, கண்ணை மூட வேண்டும். பளிங்குப்படலத்தின் ஆழ்ந்த அடுக்குகளில் அயற்பொருள் சிக்கியிருந்தால், அல்லது அகற்ற முடியாவிடில், கண் டாக்டரிடம் உடனடியாக அனுப்ப வேண்டும்.

அயற்பொருட்கள் உள் நுழையாமல், மேலார்ந்த காயங்களை உண்டு பண்ணினால், பளிங்குப் படலம் அரிக்கப்படுகிறது. கண்ணினுள் 2% சோடியம் புளோரசீன் கரையத்தை இட்டால், அயற்பொருள் உள்ள பகுதி பச்சை நிறமடைகிறது.

சிகிச்சை. எதிர் உயிர் மருந்துக் களிம்போ கரையமோ கண்ணில் இடப்பட்டு, தொற்றுநீக்கப்பட்ட கட்டுப்போடப்படுகிறது. கண் உறுத்தலடைந்து, பாவை சுருங்கி. இருந்தால், ஸ்கோபோலமைன் அல்லது அட்ரபின் ஒருசொட்டு (உட்கண் அழுத்தம் சகஜமாக இருக்க வேண்டும்) இட்டு, பாவையை விரியச் செய்ய வேண்டும். 40 வயதுக்கு மேலானவர்களில் பாவை விரிக்கி மருந்துகளைப் பயன்படுத்தும் போது கவனமாக இருக்க வேண்டும். ஏனெனில் அவர்களின் உட்கண் அழுத்தம் அதிகரிக்கலாம்.

ஊடுருவிச்சென்ற காயங்கள். வெட்டுகின்ற, துளைக்கின்ற பொருட்கள் மற்றும் துப்பாக்கிகளால் இந்தக் காயங்கள் உண்டாகலாம். பளிங்குப்படலம் மற்றும் விழிவெண்படலம் அல்லது லிம்பஸ் பகுதி (பளிங்குப் படல, விழி வெண்படல சந்திப்பு) ஆகியவை

காயம் படலாம், இத்தகைய காயம் ஏற்பட்டதாக ஏதாவது ஐயம் இருந்தால், கண் இமைகளிலிருந்து இரத்த உறை கட்டிகளை கவனமாக அகற்ற வேண்டும். 0.25% டெட்ராடிகைன் கரையத்தை கண்ணினுட் செலுத்த வேண்டும். கண்ணைப் பரிசோதிக்க இமைகளைக் கவனத்துடன் திறக்க வேண்டும். குழந்தைகளில், இமை தூக்கிகளை உடயோகிக்கும் தேவை ஏற்படுகிறது. கவனக் குறைவாக கண்ணிமைகளைத் திறந்தால் அல்லது கண்ணை அழுத்தினால், காயங்கள் மீண்டும் திறக்கப்பட்டு விட்ரியஸ் அங்கமும், கண்ணின் உள்ளுறைகளும் வெளியே துருத்த நேரிடலாம் என்பதைக் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும், பரிசோதனையின் போது, கீழ்க்கண்டவை தெரிய வருகின்றன: கண்ணிமையின் காயங்கள், கண்ணின் சிலேட்டும உறை கிழிந்துபட்டிருப்பது, நெருங்கிய ஓரங்கள் கொண்ட பளிங்குப் படலத்தின் காயம்; திறந்த காயத்தினுள் கருவிழிப் படலம் உட்சென்று சிதைந்து பட்டிருப்பது, விழி வெண் படலத்தில் ஒருகிழிசல், கோராய்டின் பிதுக்கம், முன் கண் அறை ஆழமற்றோ, ஆழமாகவோ இருப்பது, அதில் சீழோ இரத்தமோ இருக்கலாம். சுருங்கிய அல்லது விரிந்த கண்பாவை, வெளியே துருத்திக்கொண்டுள்ள உறைகளின் பக்கமாக தள்ளப்படுதல், பாவைகளின் நிறமாற்றம், (வில்லை சேதமடைந்திருதால் சாம்பல் நிறமாகவும், விட்ரியஸ் அங்கத்தில் சீழ் இருந்தால் பச்சையாகவும் இருக்கும்). ஒரு அயற்பொருள் கண்ணைத் துளைத்து உட்செல்லலாம்; சில போது கண்முன் அறையில் காணப்படுகிறது. அல்லது கண்ணின் ஆழ்ந்த பகுதிகளில் சிக்கிக் கொண்டிருப்பது கண் உள் நோக்கி மூலம்தெரிய வருகிறது. எக்ஸ் கதிர் பரிசோதனை மூலம் தான் அயற்பொருள் இருப்பதை நிச்சயமாகக் கண்டுபிடிக்க முடியும், பார்வை கூர்மை பெருமளவில் குறைந்து இருக்கிறது.

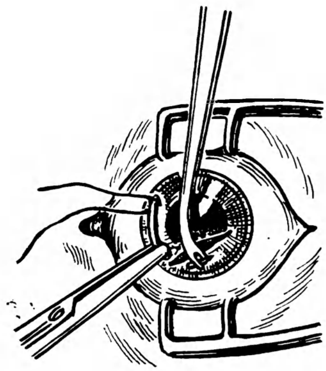
ஊடுருவு காயத்தின் அறிகுறிகளில் பிரதானமான ஒன்று, உட்கண் அழுத்தம் குறைந்திருப்பது தான். (குறைந்த விறைப்புத்தன்மை). முன் கண் ரசமோ, விட்ரியஸ் அங்கமோ வெளிப்படுவதால், இது நிகழ்கிறது. மூடிய கண்ணிமைகளின் வழியாக தொட்டுப் பார்த்தால் கண் கோளத்தின் குறைந்த விறைப்புத் தன்மை தெரிய வருகிறது. நாட்பட்ட கருவிழிப்படலசிலியரி அங்க அழற்சியாலும், கிருமி பாதிப்பாலும் காயங்கள் சிக்கலடையலாம். இதன் அறிகுறிகளாவன: கண்ணிமைகளின் விக்கம், கண்ணின் இமை இணைச்சவ்வின் வீக்கம், இமை இணைச்சவ்வுப் பையினுள் சீழ் வெளிப்பாடு, காய விளிம்புகளின் ஊடுவல், விட்ரியஸ் அங்கத்திலும், முன் கண் அறையிலும் சீழ் தோன்றுவது (எண்டாப்தால்மைடிஸ்).

10—14 நாட்களுக்குள் சுகாதாரமான **கண்ணின் பரிவு அழற்சியும் கருவிழிப்படல சிலியரி அங்க அழற்சியும் தோன்றுவதுதான்**

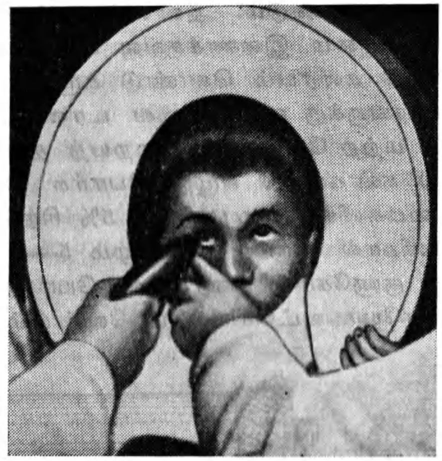
மிகவும் ஆபத்தான சிக்கலாகும். சிலபோது காயம்பட்ட பல ஆண்டுகளுக்குப் பின்னர் இந்தச் சிக்கல் தோன்றலாம். கருவிழிப் படல சிலியரி அங்க அழற்சியால் காயம்பட்ட கண் (ஓரளவு குருடோ அல்லது முழுமையான குருடோ) சீரடையாவிடில், மிகவும் ஆபத்து விளைகிறது. கண் அளவில் குறைகிறது. தொடுவலி காணப்படுகிறது. சுகாதாரமான கண்ணை பரிவு அழற்சியிலிருந்து காப்பாற்ற வேண்டுமானால், பாதிக்கப்பட்ட கண்ணை உடனடியாக அகற்ற வேண்டும். அதன் அறிகுறிகளாவன: குறைந்த பார்வைக் கூர்மை, சிலேட்டுமத்தின் பளிங்குப் படலத்தைச் சுற்றிய குருதித் திரட்சி, கருவிழிப்படலத்தின் குருதித் திரட்சி, பாவையின் சுருக்கம், பின்னர் பாவை மூடிவிடல், பளிங்குப் படலத்தின் பின்பரப்பில் மண்டிகள், மற்ற கேசுகளில், முதலில் முன்பகுதி சகஜமாக இருந்தாலும், கண்பார்வை நரம்பு அழற்சியால் பார்வை பாழ்படுகிறது.

சிகிச்சை. கடுமையான ஊமை மற்றும் ஊடுருவும் காயங்களுடன் உள்ள நோயாளிகளை உடனடியாக கண் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்க வேண்டும். தொற்று நீக்கும் சொட்டு மருந்துகளை உட்சொட்டிட்ட பின்னர், கண்ணுக்கு சுத்தமான கட்டுப்போட வேண்டும். தசை ஊசியாக டெடனஸ் எதிர் நச்சு மருந்தைக் கொடுக்க வேண்டும். நோயாளியை ஒரு ஆம்புலன்ஸ் வண்டியில், செவிலியரோ, மருத்துவ உதவியாளரோ, டாக்டருக்கு அனுப்பிவைக்க வேண்டும். தொலை தூரமாக இருந்தால் ஆகாயவிமானத்தில், கண்டாக்டரிடம் அனுப்பி வைக்க வேண்டும். கபாலம் மற்றும் கண்குழியின் எக்ஸ் கதிர்படம் எடுத்து, கண்ணினுள் ஏதாவது அயற்பொருள் உள்ளதா எனவும் கண் குழிச்சுவர்களின் நிலையையும் நிர்ணயிக்க வேண்டும். ஊடுருவு காயங்களில் காயத்தை சீராக அமைக்க வேண்டும். வெளியே துருத்தப்பட்ட உறைகள் அறுத்து எறியப்படவேண்டும். காயத்திற்கு தையல் போட வேண்டும் (படம் 177). இராட்சத மின் காந்தம் கொண்டு அயற்பொருட்களை அகற்ற வேண்டும் (படம் 178). நிரந்தரமான காந்தம் கொண்டும் அகற்றலாம் (படம் 179). பொதுவான சிகிச்சையில், எதிர் உயிர் மருந்து மாத்திரைகள் திசு சிகிச்சை, இரத்தம் ஏற்றல், தொற்று நீக்கு கரையங்களை உட்சொட்டிடல், கண்ணின் விறைப்புத் தன்மையைக் கொண்டு பாவை விரிக்கிகளும் சுருக்கிகளும் இடப்படுகின்றன. உரிய காலத்தில் உரிய அறுவை சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டதைப் பொறுத்து காயங்களின் எதிர் காலம் அமைகின்றது. ஆகவே, நோயாளியை உடனடியாக எந்தவித தாமதமும் இன்றி கண் மருத்துவமனைக்கு அனுப்பி வைப்பது மருத்துவ உதவியாளர்களின் கடமையாகும்.

கண்ணின் தீப்புண்கள். நெருப்பு மற்றும் உலோக உருக்கல், கொதிக்கும் தண்ணீர் ஆகியவற்றால் தீப்புண்கள் கண்ணையும்



படம் 177. விழி பளிங்குப்படலத்துக்கு தையல் போடுதல்



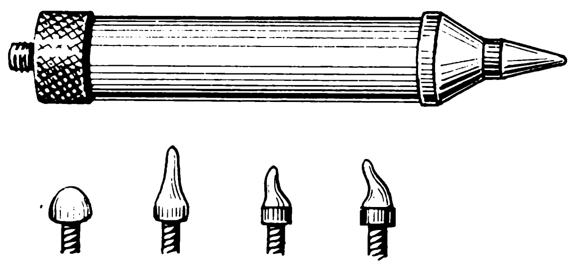
படம் 178. ராட்சத மின்காந்தம் கொண்டு அயற்பொருளை அகற்றுதல்

அதைச்சுற்றியுள்ள பகுதியையும் பாதிக்கின்றன. அமிலங்கள் மற்றும் காரங்கள் அனிலின் வண்ணக் கோல் ஆகியவற்றால் வேதியத் தீக்காயங்கள் ஏற்படுகின்றன. காரங்களால் தான் (சுண்ணம்) மிகப் பயங்கரமான புண்கள் ஏற்படுகின்றன. ஏனெனில், துரிதமாக கண் திசுக்களினுள் புகுந்துவிடுகின்றன.

உட்சென்ற தீயபொருளின் அளவும் செறிவும் (எந்தவகையாக இருந்தாலும் சரி) சேதத்தின் கொடூரத்தை பெருமளவில் நிர்ணயிக்கிறது. முதலுதவி கொடுக்கப்படும் துரிதமும் அதைத் தொடர்ந்து அளிக்கப்படும் சிகிச்சையின் தரமும் மிகவும் முக்கியமானது. அவை உண்டாக்கிய மாற்றங்களைப் பொறுத்து, தீக்காயங்களை இலேசான ஓரளவு கடுமையான, மிகக் கடுமையான என 4 வகைகளாகப் பிரிக்கின்றனர். ஒரு தீக்காயம் எந்த வகையைச் சேர்ந்தது என உடனடியாகப் பிரிக்கமுடியாது என்பதை வலியுறுத்த வேண்டும். ஏனெனில் மாற்றங்கள், தாமதமாகவே வெளிப்படலாம். இலேசான காயங்களில் சிவந்த தோலும் வீக்கமும் மட்டுமே காணப்படுகின்றன. இமை இணைச்சவ்வும் பாதிக்கப்படுகிறது. கடுமையான கேசுகளில் அவற்றின் சிதைவு ஏற்படுகிறது. பளிங்குப் படலம் பல்வேறு நிலைகளில் பாதிக்கப்படுகிறது (வீக்கம், கண்ணாடி அல்லது பீங்கான் போன்ற மங்கிய கலக்கம்).

முதலுதவியும் சிகிச்சையும். எவ்வளவு முடியுமோ அவ்வளவு, நோயாளியின் இமைகளை ஈரமான பஞ்சு கொண்டு உலோகம் மற்றும் சுண்ணம் அல்லது அனிலின் ஆகியவற்றின் துகள்கள் அகற்

றப்பட வேண்டும். அனிலின் அல்லது ஊதாமைப்பட்ட தீக்காயங்களில் இமை இணைச்சவ்வு 2—3% டானிக் கரையம் அல்லது தேயிலைக் கரையம் கொண்டு கழுவப்பட வேண்டும். இரண்டு மணி நேரங்களுக்கு ஒரு தடவை டானின் சொட்டுக்கள் இடப்படவேண்டும். மற்ற கேசுகளில் நிறையத் தண்ணீர் கொண்டு (5—6 குவளைகள்) கண்களைக் கழுவ சிபார்சு செய்யப்படுகிறது. பின்னர் கண்ணிமைகளின் பின்புறத்தில் 5% சிந்தோமைசீன் அல்லது குளோரம் பெனிகால் களிம்பை தினமும் 5—6 தடவைகள் தடவ வேண்டும். 40% குளுகோஸ் கரையத்தையோ அல்லது வைட்டமின் சொட்டுக்களையோ உட்சொட்டிட வேண்டும்.



படம் 179. நிரந்தரமான காந்தக் கருவிகள்

கண்பாவை சுருங்கியிருந்து உட்கண் அழுத்தம் சகஜமாக இருந்தால் பாவை விரிக்கிகளை உட்சொட்டிட வேண்டும்.

உட்கண் அழுத்தத்தை கவனித்துக் கொண்டே இருக்க வேண்டியது மிக அவசியம். உட்கண் அழுத்தம் அதிகரித்தால் 1% பைலோகார்பின் கரையம் உட்சொட்டிடப்பட வேண்டும். இமை இணைச் சவ்வின் சிதைவின் போது களிம்புகள் பூசப்பட்டு, இமை இணைச்சவ்வு ஒட்டியிருக்கும் இடங்களை ஒரு கண்ணாடிக் கழி கொண்டு பிரிக்க வேண்டும். மிகக் கடுமையான தீப்புண்களின் போது, 40% குளுகோஸ் கரையம் சிரை வழியாகச் செலுத்தப்படுகிறது. தசை ஊசியாக எதிர் உயிர்மருந்துகளும், பல வைட்டமின்கள் மாத்திரைகளாகவும் கொடுக்கப்படுகின்றன. அறுவை உட்பட்ட சிறப்பு சிகிச்சை தேவைப்படுவதால் முதலுதவி அளித்த பின்னர், உடனடியாக நோயாளிகளை மருத்துவ உதவியாளர்கள் கண் மருத்துவமனைக்கு அனுப்பவேண்டும். கடுமையான தீக்காயங்களின் விளைவாக பளிங்குப்படலத்தில் கரடுமுரடான ல்யூகோமாக்கள் உண்டாகலாம்; கண்ணும் கண்ணிமைகளும் அவற்றின் சிலேட்டுமமும் ஒட்டிக்கொள்கின்றன (சிம்பிளிபெரான்). இதனால் பார்வைக் கூர்மை பெரிதும் பாதிக்கப்படுகிறது.

எலக்ட்ரோ ஆப்தால்மியா (மின்கதிர்வீச்சால் கண்கள் பாதிக்கப்படல்). மின் சக்தியால் பற்றவைப்பவர்கள் மற்றும் அவர்களின் உதவியாளர்கள், சினிமா படம் எடுக்கும் இடங்களில் பணிபுரிபவர்கள் ஆகியோரிடையே இந்நோய் காணப்படுகிறது. மிகவும் பிரகாசமான ஒளிக்கற்றை இருப்பதால் கண்களுக்கு புறஊதாக் கதிர் வீச்சிலிருந்து பாதுகாப்பு கிடைப்பதில்லை. இந்த நோயின் அறிகுறிகளாவன: 5—6 மணி நேரங்களில் தீவிரமான ஒளிக்கூச்சம், கண்ணீர் சொரிவு, கண்களில் வலி, கண்ணிமைகளின் வீக்கம் ஆகியவை உண்டாகின்றன. இடையிடையே விழிப்பளிங்குப் படலத்தில் கொப்புளங்களும் ஊடுருவல்களும் தோன்றுகின்றன. பனியால் பாதிக்கப்படும் கண்களுக்கும் இந்த நிலையே உண்டாகிறது.

சிகிச்சை. குளிர்ந்த நீர் கொண்டு கண்ணைக் கழுவுதல், கொக்கைன் உட்சொட்டிடல், அட்ரினலின் ஆகியவை தரப்படுகின்றன. ஒரு சில மணி நேரங்களில், எல்லா நிகழ்வுகளும் சீராகின்றன.

கண்ணுக்கு ஏற்படும் காயங்களை பயங்கரமானதாகவே கொள்ள வேண்டும். ஏனெனில் பார்வை ஓரளவாகவோ முழுமையாகவோ (ஏற்படும் சிக்கல்களால்) இழக்கப்படலாம். சுகாதாரமற்ற கண், பரிவு அழற்சியால் பாதிக்கப்படுகிறது. கண் காயங்களுக்கான முன்காப்பு முறைகள் அவசியம் என்பது தெளிவு. தொழில் நிறுவனங்களிலும், வேளாண்மை இடங்களிலும் கீழ்வரும் முறைகளைப் பின்பற்ற வேண்டியது அவசியமாகிறது: 1. பணியாற்றும் இடங்களில் தூசிகளைக் குறைக்க வேண்டும். ஏனெனில் மிகையான தூசி இமை இணைப்படலத்தை உறுத்தி, நாட்பட்ட இமை இணைப் படல அழற்சியைத் தோற்றுவிக்கிறது. இதனால் ஒரு சிறிய காயம் கூட, பளிங்குப் படலத்தின் புண்ணுக்கு வழிவகுக்கிறது. 2. பணியாற்றும் இடங்களிலும் உற்பத்தி நிலையங்களிலும் நல்ல வெளிச்சம் இருக்க வேண்டும். இதன் மூலம் நல்ல பார்வை கிடைக்கிறது. கண்ணின் சோர்வு குறைகிறது. பணியின் போதான காயங்கள் குறைகின்றன. 3. தொழில் நுட்ப அறிவை தொழிலாளர்களுக்குப் போதித்து பாதுகாப்பு நியதிகளையும் கற்றுத்தர வேண்டும். 4. தங்கள் தொழிலின்போது காயங்களைத் தவிர்ப்பதற்கான சுகாதரக் கல்வி அளிக்கப்பட வேண்டும். 5. தொழிலாளர்கள் பாதுகாப்புக் கண்ணாடிகள் அணிந்து, பொறிகளின் பாதுகாப்பு சாதனங்களையும் கவனிக்க வேண்டும். 6. அவர்களின் பார்வைக் கூர்மையைப் பொறுத்து, அதற்கேற்ற பணிகள் தரப்படவேண்டும். 7. ஆலைகள் கூட்டுப்பண்ணைகளில் பணிபுரியும் செவிலியர்கள், மேற்கூறிய நியதிகளைப் பின்பற்றி தேவையானபோது முதலுதவி அளிக்க வேண்டும்.

குழந்தைகளுக்கு சிறப்பு கவனம் அளிக்கப்பட வேண்டும். கூர்

மையான ஆயுதங்கள் கொண்டு விளையாடும்போதும், கவண் கட்டை, விளையாட்டுத் துப்பாக்கிகொண்டு விளையாடும் போதும் தங்கள் கண்களை சேதப்படுத்திக் கொள்ளலாம்.

காயத்திற்கு முன்தடுப்பு பற்றி பள்ளிகளில் கவனம் செலுத்த வேண்டும். குழந்தைகளுக்கான பொழுதுபோக்கு நிலையங்களை அமைத்தல், வீட்டில் குழந்தைகளின் நடத்தை மீது பெற்றோர் களின் கண்காணிப்பு ஆகியவை மிகவும் அவசியமாகிறது.

கண் இயக்க சாதனம் மற்றும் கண்குழிவு ஆகியவற்றின் நோய்கள்

உடன்செல் மாறுகண் (ஒரக்கண்). பார்க்கப்படும் பொருளின் மீது, கண்களின் பார்வைக் கோடுகள் இணைவதில்லை. அதாவது, ஒருகண் ஒரு பொருளைப் பார்க்கும் போது, மற்றொரு கண் வேறு பக்கமாக உள்ளது. இதையே மாறுகண் (ஓரக்கண்) என்கின்றனர். கண்களின் அசைவுகள் பாதிக்கப்படுவதில்லை. எனினும் ஒரு கண் நிரந்தரமாக ஒரக்கண்ணாக இருக்கிறது; அல்லது இரண்டு கண்க ளும் மாற்றி மாற்றி ஓரக்கண்ணாகின்றன. ஒரு கண் மூக்கு நோக்கி விலகி இருந்தால் இதை குவிமாறுகண் என்கின்றனர். பொட்டெ லும்பு நோக்கி விலகி இருந்தால், அது விலகு மாறுகண் எனப்படு கிறது. நல்ல கண்ணை, கையின் உள்ளங்கை கொண்டு மூடிக் கொண் டால், மாறுகண் தக அமைத்துக் கொண்டு சரியான நிலையில் இருக்கிறது. அதேபோது மூடப்பட்ட கண் உள் நோக்கியோ, வெளி நோக்கியோ விலகுகிறது. ஏனெனில் கண்களின் அசைவுகள் பாதிக் கப்படுவதில்லை.

ஒளிவிலக்கலின் கோளாறால், மாறுகண்ணில் பார்வைக் கூர்மை குறைந்து காணப்படுகிறது. இதற்கு, நோயாளிகளுக்கு உரிய கண் ணாடிகள் அளிக்கப்படுகின்றன. ஒன்றிரண்டு வயது குழந்தைகளுக் குக்கூட கண்ணாடிகள் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. குழந்தைக்கு துரிதமாக சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டால் மாறுகண் சீரடைந்து பார் வைக்கூர்மை சீரடைகிறது. ஆகவே குழந்தையின் மாறுகண்ணால் சரியாகப் பார்க்கமுடிவதில்லை என பெற்றோர்கள் கண்டவுட னேயே, கண்பார்வையாளரிடம் அனுப்பி சரியாக கண்ணாடிகள் அணிவிக்கப்பட்டு, கண்ணாடிக்கான தேவையான பயிற்சிகள் அளிக் கப்படுகின்றன. இந்த முறை சிகிச்சை பலனளிக்காவிடில், மாறு கண்ணின் தசைகளின் மீது அறுவை செய்யப்படுகிறது. அதன்பின், வழக்கமான சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. சிலவகையான மாறு கண்களில் கண்ணாடிகள் பலனளிப்பதில்லை. அத்தகைய கேசு களுக்கு, பார்வையை சீர்செய்ய கண் பயிற்சிகள் அளிக்கப்பட்டு பின்னர் ஆபரேஷன்கள் செய்யப்படுகின்றன.

செயலிழந்த மாறுகண். கண்கோளத்தை இயக்கும் ஒரு அல்லது பல தசைகள் செயலிழந்து விடுகின்றன. இது உடன் செல் மாறு கண்ணிலிருந்து பிரித்தறியப்படுகிறது. செயலிழந்த தசையின் பக்க மான அசைவு குறைந்தோ இல்லாமலோ இருக்கிறது. ஈடு செய்யும் அசைவும் இல்லை. ஒரு பொருள் இரண்டு பொருட்களாகத் தெரி வதாக நோயாளி கூறுகிறான். பெருமூளை நோய்களே செயலி ழப்பு மாறுகண்ணுக்கு முக்கியமான காரணமாக இருக்கிறது.

சிகிச்சை. நரம்புநோய் நிபுணர்தான் இதற்கு சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். செயலிழப்பு நிரந்தரமாக இருந்தால் தசைகளின் மீது அறுவை செய்யப்படுகிறது.

கண்குழிவு நோய்களின் பிரதான அறிகுறி வருமாறு:—கண் கோளம் துருத்திக் கொண்டிருக்கிறது (எக்ஸாப்தால்) அல்லது கண் கோளம் ஒரு ஓரமாகத் தள்ளப்படுகிறது. அசைவில் கோளாறு ஏற் படுகிறது. புற்றுக்கட்டி, குருதிப்பெருக்கு, திரவத்தேக்கம், செல் திசுவின் வீக்கம், கண் குழிவுச் சிரைகளின் அடைப்பு, காயங்களின் போது உள்நோக்கி எலும்புகள் இடம்பெயர்வது ஆகியவற்றால் கண் குழிவின் அடக்கங்கள் அதிகரித்தால் மேற்கூறியது நிகழ்கி றது. கண் துருத்தல், தைராய்டு நோயின் ஒரு அறிகுறியாகும்.

சிகிச்சை. மேற்கூறியவைகளை செவிலியர் கண்டு அறிந்தவு டன், கண்பார்வையாளரிடம் நோயாளி அனுப்பிவைக்கப்பட வேண் டும். நோயின் காரணத்தைக் கண்டுபிடித்து, உரிய சிகிச்சை அளிக்க எக்ஸ்கதிர் நிபுணர், காது மூக்கு தொண்டை நிபுணர் ஆகி யோரும் கலந்தாலோசிக்கப்படவேண்டும்.

கண்குழிவின் சீழ்நிலை. கண் குழிவு திசுவின் சீழ் அழற்சியின் வெளிப்பாடுகள் ஆவன: கண்ணிமைகளின் தீவிர குருதித் திரட்சி, வலி, காய்ச்சல், கண் துருத்தல், கண் கோளத்தின் அசைவின்மை. இமை இணைச் சவ்வின் வீக்கம், பார்வை இழப்பு அல்லது குறைவு. இந்நிலைக்குக் காரணங்களாவன: மூக்குப்பக்க புழைகளின் தீவிர அழற்சி, முகத்தோலின் நோய்கள் (எரிசிபலாஸ், கொப்புளம், ஸ்டை), கிருமிபாதிப்பு கொண்ட காயங்கள், தொற்றும் நோய்கள் இன்னபிற. கபாலக் குழிவினுள் நோய் பரவும் சாத்தியக்கூறு உள் ளதால் (மூளை உறை அழற்சி, மூளையின் சீழ்க்கட்டி, புழைகளின் குருதியடைப்பு) நோயாளியின் உயிருக்கு ஆபத்து மிகையாக உள் ளது. கண்ணின் உள் உறைகளின் சீழ்பாதிப்பால் அல்லது கண்பார் வை நரம்பின் சூம்பலால் பார்வை இழப்பு உண்டாகிறது. துவக்கத் தில் உடனடியாக சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டால் இதைத் தவிர்க்க லாம். பார்வை மீண்டும் பெறப்படுகிறது. மருத்துவமனையில் சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும். செவிலியர் கண்ணுக்கு தொற்று நீக்கிய கட்டுப்போட்டு, உடனடியாக தூக்குக் கட்டிலில் வைத்து, மருத்துவமனைக்கு அனுப்பிவைக்க வேண்டும். தேவைப்படின்

ஆகாய விமானத்தில் அனுப்பி வைக்க வேண்டும். அவசியமிருந்தால் அறுவை சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது.

கண்குழிவின் கட்டிகள். கட்டிகள் தீங்கற்றவையாக இருக்கலாம் (சிஸ்ட், ஆண்ஜியோமா, ஆஸ்டியோமா இன்னபிற) தீயவையாக இருக்கலாம் (சார்கோமா, கேன்சர்). இவற்றால் கண்கோளம் துருத்திக் காணப்படுகிறது. சிலபோது ஒருபக்கமாகத் தள்ளப்படுகிறது. கண்கோள அசைவும் குறைந்தே இருக்கிறது. பார்வையும் பாதிக்கப்படுகிறது. கண்குழிவின் சீழ்பிடித்த நிலையிலிருந்து கட்டி பிரித்தறியப்படவேண்டும். கட்டி நிலையில் அழற்சி அறிகுறிகளோ, வலியோ இருப்பதில்லை. நோயும் படிப்படியாக முற்றுகிறது.

சிகிச்சை. கண் மருத்துவமனையில் அறுவை சிகிச்சை.

அன்புள்ள வாசகரே!

மீர் பதிப்பகம் பலவிதமான விஞ்ஞான, தொழில்நுட்ப நூல்களைத் தமிழ் மொழியில் வெளியிடும். உங்களுக்கு வேண்டிய புத்தகங்கள் எத்தகையவை என்பதையும் அவைகளைப் பற்றிய உங்களது ஆலோசனைகளையும் அபிப்பிராயங்களையும் நமக்குத் தெரிவிக்கும்படி வேண்டுகிறோம்.

நமது முகவரி:

Mir Publishers, 2, Pervy Rizhski Pereulok, Moscow, USSR

நாங்கள் கீழ்வரும் நூல்களை
விரைவில் வெளியிடப் போகிறோம்.

1. வி. அ. கிரீலின் ''ஆற்றலியல் இன்றும் நாளையும்''

2. வி. கொமரோவ் ''நெஞ்சை ஈர்க்கும் வானவியல்.''

3. இ. சிதோவ் ''மகிழ்வூட்டும் மின்னணுவியல்.''

விற்பனையாளர்கள்

நியூ செஞ்சுரி புக் ஹவுஸ்
பிரைவேட் லிமிடெட்

தலைமை அலுவலகம்
6, நல்லதம்பி செட்டித் தெரு, சென்னை-2

ஷோ-ரூம்
6/30, மவுண்ட் ரோடு, சென்னை-2

80, மேலக் கோபுர வீதி, மதுரை-1

கிளைகள்
87/89, ஒப்பணக்கார வீதி, கோயமுத்தூர்-1
சிங்காரத் தோப்பு, திருச்சிராப்பள்ளி-8
பஸ் நிலையம், தஞ்சாவூர்